ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СЕСТРИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАНАДЫ

Монаган М.Ш.

BSN, MBA. President M.S.Monagan&Associates Inc.

Введение

Население Канады, которое насчитывает около 35 миллионов человек, сконцентрировано близко к границе между Канадой и США. Страна включает 10 провинций и 3 территории, которыми управляет федеральное правительство. Управление системой здравоохранения в целом и медицинскими организациями в провинциях и территориях Канады осуществляется в соответствии с действующим в стране законодательством и на основе сложившихся национальных принципов работы системы здравоохранения.

Система здравоохранения Канады обеспечивает общие потребности населения в медицинских услугах, которые оказываются пациентам в большей мере в соответствии с обоснованной необходимостью, чем с реальной оплатой [1]. Финансирование медицинской помощи в основном осуществляется из налоговых поступлений, которые распределяются между федеральным, региональными и территориальными органами управления. Финансовая система здравоохранения в Канаде формировалась на протяжении 1950-1970гг и сегодня представляет собой единое финансовое пространство для обеспечения процесса лечения пациентов в стационарах и оказания медицинских услуг врачами в амбулаторных условиях.

Некоторые услуги для населения финансируются правительством Канады в рамках дополнительных программ, другие – не имеют такой финансовой поддержки. Наблюдается рост потребности населения в медицинских услугах, что вызывает обоснованную необходимость постоянно вносить изменения в структуру и функционирование системы здравоохранения, совершенствовать подходы для обеспечения доступности медицинских услуг.

Материал и методы

Комментарии, представленные в статье, основаны на опыте консультативной работы автора в процессе взаимодействия с госпитальными менеджерами, специалистами, участвующими в оказании медицинской помощи на разных её этапах, включая реабилитацию и наблюдение пациентов в отдаленном периоде после перенесённых

заболеваний. Консультации проводились в госпиталях Канады, США, Саудовской Аравии и на Бермудах. В данной статье основной акцент сделан на менеджменте сестринской помощи в стационарах.

Содержание статьи построено на материале 3-х последних интервью со средним медицинским персоналом в Онтарио – самой крупной провинции, где проживает 38% населения Канады.

Было выбрано 3 общих госпиталя с коечным фондом 300-400 коек и полным набором медицинских услуг. Некоторые отличия выбранных госпиталей заключались в следующем:

- один госпиталь территориально располагался в одном месте, работал стабильно, без организационных перемен;
- другой госпиталь переживал фазу расширения за счет присоединения новой территории, которая была равна имеющейся с выполнением полного набора функций;
- третий госпиталь был сформирован путём слияния отдельных профильных стационаров, находящихся в одном месте.

Организационная структура

Организационная структура влияет на восприятие и понимание управленческих решений в среде среднего медицинского персонала. На рис. 1 отражена общая организационная структура, существующая во многих госпиталях Канады. Это – корпоративная модель с вертикальным подчинением.

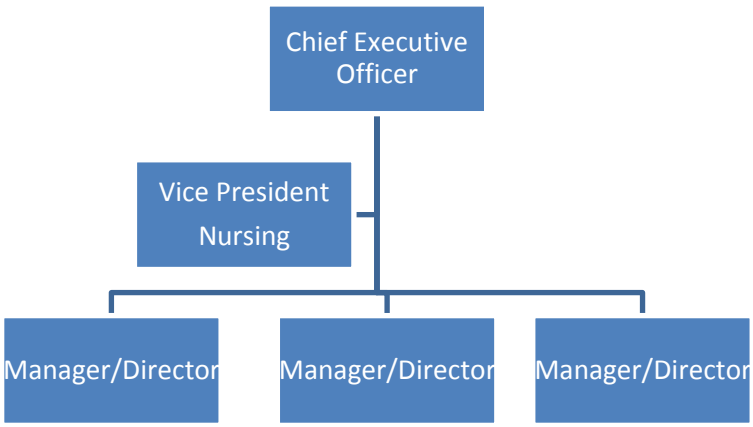


Рис.1. Корпоративная модель организационной структуры

Существуют разновидности данной модели:

- управляющий на уровне «Vice President» (*соответствует статусу главной медицинской сестры – пояснения редакции*) может быть ответственным не только

за сестринскую помощь, но и оказание помощи пациентам в части оздоровительных услуг;

- в зависимости от объёма функциональной нагрузки управляющий на уровне «Vice President» может быть ответственным за работу и в других областях медицинской деятельности, например, в фармации (*координация работы аптеки – пояснения редакции*).

Другая модель, часто встречаемая в практике крупных многопрофильных госпиталей, описана в литературе как матричная организация. Данная модель позволяет принимать управленческие решения конкретному менеджеру (*в отношении среднего медицинского персонала – пояснения редакции*) как на местном уровне (*на уровне старшей медицинской сестры - пояснения редакции),* так и на корпоративном уровне (*уровне главной медицинской сестры - пояснения редакции*). В матричной модели, в функции рядовой медицинской сестры входит не только профессиональное исполнение своих ежедневных обязанностей, но и много других видов деятельности, включая профессиональное образование и участие в исследованиях. Матричная модель рассматривает работу медицинской сестры как члена исполнительной команды госпиталя, в то время как учетно-отчетные и контрольные функции по качеству выполненных услуг возложены на менеджеров корпоративного и локального уровней (*главную медицинскую сестру и старших медицинских сестёр – пояснения редакции*).

Один из госпиталей, включенных в данное исследование, имеет матричную организационную структуру. Обычно выделяют одну причину в пользу матричной структуры – это разделение оперативной нагрузки и процессов обучения, совершенствования профессиональной деятельности по определённым направлениям.

В Канаде можно отметить положительный опыт работы в условиях как корпоративной, так и матричной организационной структуры.

Проблемы сестринского менеджмента

Дискуссия о проблемах сестринского менеджмента может быть разделена на четыре самостоятельных, но тесно взаимосвязанных направления: 1) создание и сохранение кадрового потенциала, 2) эффективное использование ресурсов, 3) учет и отчетность о выполненных медицинских процедурах, манипуляциях, 4) лидерство в организации сестринского дела.



Рис.2. Напрвления менеджмента сестринской деятельности

Формирование и сохранение кадрового сестринского потенциала отмечены всеми участниками опроса, как важные и приоритетные задачи в обеспечении стабильной работы медицинских организаций. Средний возраст медицинских сестёр в Канаде более 45 лет с перспективой ухода на пенсию в ближайшие 10-15 лет [2].

Канадской Федерацией Союза Медицинских Сестер [3] сегодня выделено четыре поколения медицинских работников:

- **Поколение Y** (год рождения 1981-2000) – уверенные в своих силах, высокообразованные и технически подготовленные, они ценят гибкость в работе, сотрудничество с постоянным позитивным подкреплением знаний и навыков, работу в команде.
- **Поколение X** (год рождения 1965-1980) – это поколение вступило на рынок труда в период значительных структурных изменений в здравоохранении, в условиях значительного расслоения сестринского состава по профессиональным шкалам. Им было трудно найти работу с полной загрузкой рабочего времени, и по этой причине они были вынуждены работать по совместительству в разных местах, либо покидали Канаду для продолжения карьеры на поприще сестринского дела.
- **Поколение "Baby Boomers"** (год рождения 1946-1964) – готовые работать много часов за вознаграждение, определяющие себя через свою работу, профессиональные навыки.
- **Ветераны** (год рождения 1925-1945) – с уважением относящиеся к власти и дисциплинированные в своих производственных привычках: не расположены к риску, не склонны обращаться с вопросами в различные организации.

Кадровую политику с сестринским персоналом необходимо рассматривать также в аспекте необходимости проведения системных изменений их профессиональной подготовки и в контексте постоянного совершенствования сестринской практики.

За последние годы Канада совершила переход от системы подготовки медицинских сестер с выдачей диплома о сестринском медицинском образовании, к подготовке специалистов сестринского дела со степенью бакалавра. В 2010г около 60% медицинских сестёр имели подготовку по варианту диплома и 40% стали выпускниками университета. Сегодня университетская система подготовки является основной.

Современные модели профессиональной подготовки медицинских сестёр основаны на тестировании знаний, оценке практических навыков, накоплении опыта, постоянном профессиональном совершенствовании. Все эти показатели учитываются при оценке общих результатов и определении уровня качества оказания медицинской помощи в госпиталях.

Уровень профессиональной подготовки медицинских сестёр для целей конкуренции различается в зависимости от спектра освоенных навыков и выполняемых функций по категориям:

- RPN (Registered Practical Nurse) – медицинская сестра, которая выполняет подкожные инъекции и введение лекарственных препаратов.
- RN – Registered Nurses – постоянная медицинская сестра с полным спектром освоенных практических навыков по уходу за пациентами и широкими функциональными обязанностями.

Улучшение условий труда, в которых работают медицинские сестры – это долговременные задачи сестринского менеджмента. Некоторые медицинские организации обеспечивают сохранение сестринского персонала, развивая условия для патронатной профессиональной практики. Другие проводят опросы медицинских сестёр и анализируют их результаты для определения уровня удовлетворенности персонала условиями труда и выявления таких областей организационной деятельности, в которых необходимы конструктивные изменения.

Многие руководители сестринского дела согласятся также с тем, что подбор кадров требует большого внимания и времени, а иногда и неоднократных закрытых бесед с будущим сотрудником, чтобы в последующем уменьшить риск потери квалифицированных кадров.

Клиническая практика и отчетность

Во многих госпиталях клиническая практика организована без соблюдения принципа обязательного обоснования эффективности и безопасности медицинских услуг научными исследованиями или достоверными доказательствами. Протоколы создаются для усредненного пациента, тогда как в клинической практике они должны быть применены к конкретному пациенту. Деятельность по созданию таких протоколов увеличивает стоимость медицинских услуг, а их «усредненное» содержание не приносит пользы конкретному пациенту.

В соответствии с поставленными задачами, сестринский уход за пациентом требует учета выполненных конкретных медицинских процедур, манипуляций и влечет за собой комплекс мер (*откликов*), связанных с оценкой качества проводимых манипуляций, контролем ведения документации. Всё это повышает экспертную активность. Важной проблемой сестринского менеджмента является определение критериев оценки качества сестринских процедур, манипуляций, как и уровня профессиональной культуры в соответствии с принятыми поведенческими традициями.

В Онтарио госпитали предоставляют регулярные отчеты правительству, включающие ряд индикаторов качества:

- Уровень летальности.
- Уровень повторных госпитализаций в течение 30 дней после выписки.
- Уровень госпитальных инфекций (количество по типам инфекций).

Сестринская отчетность отражает характеристики дефектов выполнения сестринских услуг:

- Ошибки при введении лекарственных препаратов или невыполнение назначений.
- Неудачи и ятрогении.
- Ранения кожного покрова и образование пролежней.
- Катетер- и вентилятор- ассоциированные инфекции.

Отмеченные выше параметры для оценки качества медицинской помощи все чаще применяются в течение последнего времени в Онтарио. Во многих случаях сбор данных выполняется при отсутствии электронных сетей и компьютерных программ учета, и осуществляются вручную. При этом, сестринский менеджмент предполагает регулярный анализ этих данных в организации для последующего принятия организационных решений. Сбор этих данных и аналитическая работа весьма затратны.

Эффективное использование ресурсов

Любая система здравоохранения в мире стремится к эффективному использованию ресурсов. В Канаде на сестринские ресурсы приходится 50%-70% госпитального бюджета. По этой причине, большое внимание уделяется их рациональному распределению, продуктивному применению. Это часто ставит руководителей сестринского дела в ситуацию конфронтации между менеджментом качества сестринских услуг и нуждами других направлений деятельности.

В связи с большими объёмами необходимых ресурсов для обеспечения качественного выполнения медицинских услуг, руководители медицинских организаций проводят регулярный анализ ситуации в аспекте бюджетных расходов и использования ресурсов в отделениях. Ежедневно для эффективного менеджмента проводится анализ и сопоставление объёмов потоков ресурсов и пациентов для гибкого регулирования расходов.

Органы управления Онтарио согласовывают структуру и объем предоставляемых медицинских услуг в соответствии с выделенным бюджетом и категорией каждого госпиталя. Например, планируемое количество операций по поводу катаракты определяется показателями выделенного для этих целей бюджета. Выполнение этих соглашений требует постоянного мониторинга обеими сторонами (представителями клинической практики и финансовых органов) и регулирования, которое возложено на сестринский менеджмент. Иногда в процессе могут возникать конфликты участвующих сторон: клинических цели врачей, балансирующего бюджета и усилий сестринского менеджмента.

Лидерство в сестринском деле

Задачи лидеров процесса организации сестринского дела достаточно многочисленны, но они особенно важны при оказании медицинских услуг в условиях стационара.

Участие медицинских сестёр в процессе оказания медицинской помощи в стационаре должно рассматриваться как активная часть деятельности медицинской организации. Реализация этой задачи противостоит таким явлениям как кризис менеджмента и порождаемые им многочисленные собрания и длительные разбирательства в коллективе.

Существует также проблема, которая связана с возрастными различиями, разницей в опыте и накопленных заслугах медицинского персонала. Все это требует урегулирования, т.к. может влиять на формирование отношений между сотрудниками в процессе работы, а значит и на качество работы:

- Недавние выпускники нуждаются в вовлечении в рабочий процесс, связанный с применением компьютеров.
- Поколение со стажем привносит в команду свой богатый клинический опыт, и их целесообразно включать в процесс экспертизы и контроля качества выполняемых медицинских услуг.
- Медицинским сестрам, которые имели проблемы на рынке труда, желательно создать атмосферу защиты членами команды.

Вся профессиональная деятельность сестринского персонала сосредоточена в фокусе, которым являются сердца людей, мотивированных на оказание медицинской помощи пациентам. Они хотят делиться своими достижениями в том деле, которое они добросовестно делают, и гордиться тем, что они являются частью медицинского сообщества.

Лидер сестринского дела – это человек, который участвует в составлении перспективных планов коллектива по объёмам услуг, взаимодействует с отделениями и регулирует организационные и кадровые вопросы, планирует профессиональное усовершенствование и обучение персонала для достижения общей цели – качественной медицинской помощи пациентам. Его постоянной задачей является непрерывное совершенствование профессиональной деятельности на фоне ежедневной высокой текущей нагрузки.

Формирование культуры профессиональной деятельности, основанной на данных «доказательной медицины», - это еще одна большая современная и актуальная задача для лидеров сестринской практики.

Список литературы

1. www.hc-sc.gc.ca Health Canada Role.
2. Canadian Institute for Health Information. (2010) Registered Nurses Database.
3. Canadian Federation of Nurses Unions (2009) pp.7-8.

Монаган Шери – President of Monahan & Associates,, 164 Heath Street East,Toronto, Ontario M4T 1S8, тел. (416) 487-2690, e-mail sherrymonahan@sympatico.ca