

УДК 614.253.5-08 : 331.103(476)

НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ НУЖДАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ В СЕСТРИНСКОМ УХОДЕ В СТАЦИОНАРАХ БЕЛАРУСИ

Г.Е. Пецевич-Шчэнска, д.м.н.

Кафедра эпидемиологии

Люблинский медицинский университет (Польша)

В настоящее время система нормирования труда медсестер стационара базируется на количестве развернутых коек в отделении, без учета количества, тяжести больных и их нуждемости в сестринском уходе. Данный подход приводит к значительным колебаниям показателей номинального и отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки. Существует необходимость разработки новой системы нормирования труда медсестер, в основу которой должна быть положена идея оценки нуждемости пациентов в сестринском уходе.

Ключевые слова: *нормирование труда медсестер, потребность в сестринском уходе, организация труда медсестер.*

The presently applied system for nurses' work standardisation in health care settings in Belarus that defines the standards for nurses' employment with relation to the number of beds does not consider patients' health condition and needs for nursing care. This causes a great differentiation in nominal time and disposition time of nurses for one patient during 24 hours. New principles of standardisation of nurses' work should be established and adopted. The new method of work standardisation should be based on the evaluation of the patients' needs for nursing care.

Key words: *standardisation of nurses' work, need for nursing care, organisation of nurses' work*

Введение

В условиях растущих потребностей населения в медицинской помощи при ограниченных финансовых возможностях встает проблема эффективного использования труда медицинских сестер в медицинских учреждениях. Особенно актуальна данная проблема при оказании стационарной помощи, как самого дорогого вида медицинских услуг. Традиционный способ расчета потребности в медицинских кадрах только на основе количества коек приводит к нерациональному использованию медперсонала.

Подходы к штатному нормированию среднего персонала в течение многих десятилетий были строго директивными и однообразными. Соответственно, не предлагались способы совершенствования существующей системы по данному вопросу.

Объем выполненных исследований дает возможность подтолкнуть деятельность органов здравоохранения к реформированию существующей системы нормирования труда медицинских сестер как наиболее многочисленной группы медработников, от которой в значительной степени зависит качество оказываемой медицинской помощи. В решении задач улучшения качества сестринского ухода нужны новые, экономически обоснованные подходы, способные обеспечить необходимый объем и качество сестринских услуг при минималь-

ном уровне затрат.

Учитывая возрастающие потребности общества в оказании медицинской помощи, с одной стороны, и ограниченные возможности их реализации (прежде всего, финансовые), с другой стороны, впервые предлагается новый подход к нормированию труда медицинских сестер, который был бы приемлем в реальных условиях. Предлагаемая система нормирования труда медсестер, в основу которой положена оценка потребностей пациентов в сестринском уходе, а не количество коек, позволит значительно уменьшить разницу между нуждемостью пациентов в сестринском уходе а актуально получаемым объемом помощи. Параллельно с модификацией системы нормирования труда медицинских сестер должна осуществляться реформа организации труда этой категории персонала после основательного изучения вопроса использования рабочего времени и квалификаций медицинских сестер. Нельзя решить вопрос нехватки персонала только путем добавления штатных должностей или их перераспределения. Нужно одновременно изучить структуру рабочего времени медицинских сестер, организацию их труда и внести изменения, которые позволят более эффективно использовать труд медицинской сестры. Однако из-за ограниченности в объеме представления материала в данной работе не будет оговорена проблематика эффективного использования труда и ква-

лификаций медсестер, а автор займется сугубо вопросом нормирования труда медицинских сестер, предложив новую для Беларуси систему распределения штатных должностей в отделениях больниц.

Основной целью работы является представление значимости и направлений совершенствования системы нормирования труда медицинских сестер в стационарах Беларуси, как основы уменьшения разницы в ожидаемой пациентами и фактически оказываемой сестринской помощи.

Материал и методы

Более двух лет скрупулезно изучалось состояние сестринского дела в стационарах Республики Беларусь. Фактическое изучение сестринского дела и углубленный анализ его состояния проводился непосредственно в областных больничных учреждениях. Исследования проводились в Брестской областной больнице, Минской областной клинической больнице и Могилевской областной больнице, которые как бы стали представителями, соответственно, западной, центральной и восточной частей Беларуси. Выбраны отделения как хирургического, так и терапевтического профиля. Исследуемая популяция состояла из палатных, процедурных, перевязочных, старших медицинских сестер, работающих в выбранных отделениях, а также пациентов, пребывавших на лечении в этих отделениях в исследуемом периоде. Изучался следующий перечень вопросов:

- количество больных, пролеченных в исследуемом отделении за год;
- количество развернутых коек в отделении;
- количество должностей медицинских сестер, согласно штатному расписанию;
- численность медсестер в отделении;
- годовой бюджет рабочего времени (номинальное рабочее время);
- неотработанное рабочее время (больничный лист, декретный отпуск и т.п.);
- отработанное рабочее время (фактическое);
- количество, степень тяжести и нуждаемость больных в сестринской помощи (ожидаемая сестринская помощь).

Работа проводилась поэтапно. На первом этапе был проведен сравнительный анализ обеспеченности сестринскими кадрами Беларуси, по сравнению с другими странами Европы. Второй – относился к реальной оценке сестринской помощи, оказываемой пациентам в трех областных больницах. Объектом изучения были 12 отделений (три отделения травматологии и ортопедии, три гематологические отделения, два терапевтические, два хирургические и два отделения сосудистой хирургии) с общим числом коек – 565. Было проведено ретроспективное изучение первичных документов (графики, табеля работ, штатное расписание, статистические отчеты, документы, регламентирующие нормы времени и нормы нагрузки для средне-

го медперсонала и др.), на основании которых были сделаны выводы о количестве и использовании медицинскими сестрами рабочего времени. На третьем этапе была изучена потребность пациентов в сестринском уходе с помощью методики категорирования больных и расчетной формулы авторства А. Ксыкевич-Дороты. Исследованием охвачено 918 лиц, проведено 15531 классификационное действие. На четвертом – проведен сравнительный анализ фактического состояния сестринской помощи и реальных потребностей пациентов.

Результаты и обсуждение

Вопрос численности медперсонала анализируется в Беларуси на различных уровнях. В практическом здравоохранении каждый руководитель ЛПУ, особенно главные медсестры больниц, не отказались бы от дополнительных штатных должностей медицинских сестер. Возникает автоматически вопрос: Как белорусский показатель численности медсестер следует оценивать в сравнении с подобными показателями других европейских стран?

На этом этапе исследования перед автором возникла проблема невозможности сравнения белорусских показателей с европейскими. Во-первых, анализ численности медперсонала проводится согласно рекомендациям ВОЗ на 1000 населения, тогда как в Беларуси на 10000 населения. Во-вторых, в странах Европы численность медицинских сестер анализируется как численность персонала отдельной категории. С целью приближения белорусского показателя к показателям европейским произведен перерасчет белорусского показателя численности среднего медперсонала на 1000 населения, а также подсчитано, что процентное выражение медсестер в общей численности группы средних медработников (100%) на протяжении последнего десятилетия составляло в среднем 81,19% [8]. На этом основании была проведена дополнительная корректировка белорусского показателя – выведен показатель численности медицинских сестер на 1000 населения.

Проведенный сравнительный анализ численности медперсонала показал, что показатель отношения числа медицинских сестер к общей численности населения Беларуси больше среднеевропейского показателя для стран центральной и восточной Европы. Так, на 1000 населения Беларуси приходится 8,8 медсестер, тогда как среднеевропейский показатель для стран центральной и восточной Европы – 5,2. Согласно этому показателю Беларусь опережают только такие страны Европы как Норвегия, Финляндия, Люксембург, Голландия и Литва. Республика среди огромного числа европейских стран занимает шестое место.

Показатель отношения числа медицинских сестер к числу врачей на Беларуси равен 2,4, что на 0,2 выше среднеевропейского показателя для стран

центральной и восточной Европы (2,2). Однако уже в этом случае Беларусь занимает 14 место среди европейских стран [9].

Возникает вопрос: Почему при хорошем обеспечении сестринскими кадрами практическое здравоохранение Беларуси, особенно стационары, ощущают нехватку персонала? Прежде всего, как уже было сказано выше, это является результатом плохой организации труда и неэффективного использования квалификации медицинских сестер. Однако данную проблему не следует сводить только к вопросу организации труда медицинских сестер. Источником данной проблемы является устаревшая система нормирования труда медсестер, которая не учитывает числа больных, степени их тяжести, а самое главное – потребностей пациентов в сестринском уходе. От степени удовлетворения потребностей больных, их сатисфакции зависит оценка качества медпомощи в целом.

На втором этапе исследования были рассчитаны годовые показатели номинального (исходя из годового бюджета рабочего времени) и отработанного рабочего времени медицинских сестер (отнимая от годового бюджета рабочего времени неотработанное медсестрами время). Затем, согласно рекомендациям ВОЗ, был произведен перерасчет этих показателей на одного больного и на сутки. В результате был получен показатель номинального рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки и показатель отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки для каждого исследуемого отделения. Согласно ВОЗ, второй показатель является наиболее полезным и точным для оценки сестринского обслуживания в больнице, так как он учитывает степень занятости, рабочие часы и дни, свободные от работы [10]. Этот показатель легче поддается интерпретации, давая представление об объеме помощи,

которую фактически получает каждый больной. Единственный минус этого показателя – незначительная сложность при его вычислении. Полученные результаты представлено в таблице 1.

Средний показатель номинального рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки, для всех исследуемых отделений составил 111,1 минут (1,85 ч), а отработанного рабочего времени – 91,8 минут (1,53 ч). Меньше всего номинального и отработанного медсестрами рабочего времени приходилось на одного больного в течение суток в отделении травматологии и ортопедии – соответственно, 90,3 мин. (1,51 ч) и 73,3 мин. (1,22 ч). В гематологических отделениях эти показатели были наибольшие среди всех исследуемых отделений: номинальное время – 150,7 мин. (2,51 ч.), отработанное время – 126,7 мин. (2,11 ч).

Полученные результаты показали огромную разницу в фактически оказываемой сестринской помощи в исследуемых отделениях различных областных больниц. Так, показатель отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки, колебался от 65 минут (1,08 ч) в отделении травматологии и ортопедии Брестской областной больницы до 155 минут (2,58 ч) в гематологическом отделении Могилевской областной больницы. Кроме того, в отделениях одного и того же профиля показатели отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки, отличались. К примеру, в гематологическом отделении Брестской областной больницы этот показатель равнялся 105 минут (1,75 ч), Минской областной клинической больницы – 120 минут (2,00 ч), а Могилевской областной больницы – 155 минут (2,58 ч).

Казалось бы, что однообразный и директивный подход к штатному нормированию труда медсес-

Таблица 1 – Показатели номинального и отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки для каждого исследуемого отделения областных больниц

| Больница | Минская обл. кл. больница | | Могилевская обл. больница | | Брестская обл. больница | | \bar{X} (средний показатель) | |
|---|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. |
| Отд. сосудистой хирургии | 116 | 109 | отсутствие отделения | | 111 | 84 | 113,5 | 96,5 |
| Хирургическое отд. | отсутствие исследования | | 92 | 79 | 122 | 99 | 107 | 89 |
| Отд. травматологии и ортопедии | 84 | 78 | 89 | 77 | 98 | 65 | 90,3 | 73,3 |
| Гематологическое отд. | 141 | 120 | 149 | 155 | 162 | 105 | 150,7 | 126,7 |
| Терапевтическое отд. | отсутствие исследования | | 89 | 73 | 99 | 74 | 94 | 73,5 |
| Средний показатель для всех исследуемых отделений | | | | | | | 111,1 | 91,8 |

тер выравнивает количество времени, затрачиваемого медицинскими сестрами на одного пациента в сутки, хотя бы в отделениях одного и того же профиля. Исследования этого не подтвердили. Это показывает бессмысленность нормирования труда медсестер на количество коек в отделении.

Беспорным будет утверждение, что выше представленные показатели, описывающие существующие различия в фактически оказываемой сестринской помощи и учитывающие только количество больных, не могут лечь в основу системы нормирования труда медицинских сестер, так как пациент пациенту рознь. Практическому здравоохранению нужна такая система нормирования труда медсестер, в основу которой будет положена оценка тяжести состояния больного и его нуждаемость в сестринском уходе. Исходя из вышеуказанного, была рассчитана потребность в сестринской помощи в каждом отделении. Оценка проводилась по следующим критериям: режим двигательной активности, степень самостоятельности больного в выполнении им санитарно-гигиенических процедур, питание, степень самостоятельности больного в физиологических отправлениях, мониторинг состояния пациента, участие в его лечении, нуждаемость больного в психоэмоциональной поддержке и обучении его самоуходу и профилактике заболеваний (бланки категоризации больных находятся у автора). Каждый пациент был классифицирован согласно представленных критериям к одной из трех групп. Затем автор воспользовался наработками А. Ксыкевич-Дороты, которая с помощью хронометражных измерений временных затрат на выполнение определенных процедур с учетом среднего количества этих процедур, выполняемых в течение суток, подсчитала, что пациент 1 категории в польских больницах нуждается в 38 минутах рабочего времени медицинских сестер в течение суток, пациент 2 категории – в 95 минутах, а пациент 3 категории – в 159 минутах сестринского ухода

[1, 2, 3, 4]. После проведения в каждом исследуемом отделении в течение двух недель ежедневных классификационных действий была оценена потребность каждого пациента в сестринском уходе для каждого отделения. Затем с целью проведения сравнительного анализа был подсчитан средний показатель нуждаемости среднестатистического пациента в сестринской помощи в течение суток и полученные данные сравнены с показателями номинального и отработанного рабочего времени (таблица 2).

Выше представленные цифры однозначно показывают, что показатели нуждаемости пациентов в сестринском уходе превышают показатели, оценивающие фактически оказываемую сестринскую помощь. Кроме того, показатели нуждаемости в сестринском уходе даже в отделениях одного и того же профиля различаются. И в этом нет ничего удивительного. Ежедневно изменяется число и степень тяжести находящихся на лечении больных в различных отделениях больницы. Важная роль в этой ситуации должна принадлежать главным и старшим медсестрам, которые должны регулировать количество приходящих на работу медсестер, в зависимости от числа и потребностей в уходе больных, находящихся на лечении. Тем самым графики работы медсестер должны быть гибкими, что в значительной степени позволит более рационально использовать имеющиеся сестринские ресурсы.

Среди зарубежных исследователей, занимающихся вопросами нормирования труда медицинских сестер, существует единомыслие, что число штатных должностей в отделениях стационара должно регулироваться изменяющимися потребностями пациентов в сестринском уходе [3, 6, 7].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения рекомендуют руководителям здравоохранения разработать программы минимум и максимум (указав минимальное и максимальное число должностей медицинских сестер). Тогда как практи-

Таблица 2 – Сравнительный анализ фактически оказываемой и ожидаемой пациентами сестринской помощи (показатели количества времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки)

| Больница Отделение | Минская обл. кл. больница | | | Могилевская обл. больница | | | Брестская обл. больница | | |
|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|---|---------------------------|----------------------------|---|---------------------------|----------------------------|---|
| | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. | Потребность в сестринском уходе, w min. | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. | Потребность в сестринском уходе, w min. | Номинальное время, в мин. | Отработанное время, в мин. | Потребность в сестринском уходе, w min. |
| Отд. сосудистой хирургии | 116 | 109 | 173 | отсутствие отделения | | | 111 | 84 | 173 |
| Хирургическое отд. | отсутствие исследования | | | 92 | 79 | 171 | 122 | 99 | 170 |
| Отд. травматологии и ортопедия | 84 | 78 | 191 | 89 | 77 | 178 | 98 | 65 | 182 |
| Гематологическое отд. | 141 | 120 | 183 | 149 | 155 | 169 | 162 | 105 | 172 |
| Терапевтическое отд. | отсутствие исследования | | | 89 | 73 | 156 | 99 | 74 | 170 |

ческое здравоохранение, согласно концепции Надлера, само отрегулирует число приходящих ежедневно на работу медицинских сестер, которое будет в границах минимум-максимум [10, 11].

Выводы

1. Показатели численности медицинских сестер практически не отличаются от подобных показателей в Европе, а даже превышают средневропейские показатели для стран центральной и восточной Европы.

2. Подходы к штатному нормированию труда медсестер в Беларуси являются однообразными и директивными, что приводит к значительным колебаниям показателей количества времени, затрачиваемого медицинскими сестрами на одного пациента в сутки, даже в отделениях одного и того же профиля.

3. Практическое здравоохранение Беларуси нуждается в гибкой системе нормирования труда медицинских сестер стационаров, в основу которой будет положена оценка количества больных, степень их тяжести, а также нуждаемость пациентов в сестринском уходе. Полезным на начальном этапе разработки новой системы нормирования труда может оказаться опыт зарубежных стран.

Заключение

Практическое здравоохранение нуждается в новой системе нормирования труда медперсонала. Работа по нормированию труда в здравоохранении очень трудоемка и занимает большое количество времени, поэтому должна вестись на основе разработанного сводного плана нормативно-исследовательских работ. Порядок разработки норматив-

ных документов по этому вопросу должен включать ряд обязательных этапов. Данная работа указывает направления реформирования нормирования труда одной из наиболее многочисленных групп медперсонала – медицинских сестер стационара.

Литература

1. Ksykiewicz-Dorota A.: Efektywność planowania obsad pielkgniarskich. Probl. Pielkgniarstwa. Zeszyty Naukowe. Warszawa 1995, 1 – 2, 80 – 88.
2. Ksykiewicz-Dorota A.: Weryfikacja kryteriów opieki pielkgniarskiej w metodzie klasyfikacji pacjentów. Zdrowie Publ., 1999, 1, 51 – 21.
3. Ksykiewicz-Dorota A.: Zapotrzebowanie na opiekę pielkgniarską pacjentów hospitalizowanych w eksperymencie organizacyjnym. Praca hab. Akad. Med., Lublin 1998.
4. Ksykiewicz-Dorota A., Kuwik E.: Zapotrzebowanie na opiekę a planowanie obsad pielkgniarskich. Cz. II. Weryfikacja norm czasowych. Pryba określenia modelu. W: Ksykiewicz-Dorota A (red.). Organizacja opieki pielkgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia. Mat. Konf. CEM, Warszawa 1994, 138 – 141.
5. Mikołajczyk Z.: Techniki organizatorskie w rozwiązywaniu problemów zarządzania. PWN, Warszawa 1995.
6. Wolfe H., Young J.P.: Staffing the nursing unit. Part I: Controlled variable staffing. Nursing Research, 1995, 14, 3, 236 – 243.
7. Wolfe H., Young J.P.: Staffing the nursing unit. Part II: The multiple assignment technique. Nursing Research, 1995, 14, 3, 299 – 303.
8. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник. БелЦНМИ, МЗ РБ, Минск 1995-2005.
9. Перфильева Г. М.: Проблема кадрового дисбаланса в здравоохранении и его последствия. Медицинская помощь, 1996, 2, 3 – 5.
10. Планирование сестринских служб. Мак-Лэклена (ред.). Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген 1982.
11. Пятое совещание главных медицинских сестер Минздравов из новых независимых государств. Отчет о совещании ВОЗ от 21 – 23.10.1999 в Алматы, Казахстан. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген 2000.

Поступила 28.03.08