ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

Nº 4/33 2017





несостоятельности швов

и нестабильности грудины





Все на турслет! Ленинградская область делится опытом сплочения коллективов



ПИЗОФОРМ

С 1900 года на мировом рынке дезинфекции и гигиены

Лизоформ - один из крупнейших в России поставщиков и производителей полного комплекса средств и оборудования по дезинфекции и гигиене для медицинских учреждений любого профиля.

www.lysoform.ru

» ДЕЗИНФЕКЦИЯ







» ОБОРУДОВАНИЕ



РУК В ЛПО

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УБОРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ



» эндоскопия







Группа компаний Лизоформ

Санкт-Петербург: ООО "Лизоформ-СПб" тел.(812) 347-71-<u>1</u>5 e-mail: sales@lysoform.ru

Филиал в Москве: ООО «КлинДез» тел. +7 (495) 741-54-42 e-mail: klindez@yandex.ru



Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Этот выпуск журнала для нас особенный – он выходит в канун проведения в Санкт-Петербурге Всероссийского конгресса РАМС, приуроченного к 25-летнему юбилею организации. Вот уже два с половиной десятилетия мы работаем вместе с вами с целью развития и совершенствования сестринской профессии и изменения ее статуса.

Нам удалось достичь больших перемен. Когда-то мы делали первые шаги, для того чтобы укрепить лидерские позиции руководителей и специалистов, чтобы они могли с большей уверенностью отстаивать профессиональные интересы своих коллективов. Мы вместе учились настаивать на необходимости качественного ресурсного обеспечения практики, изменения нагрузки на медицинскую сестру, создания новых должностей, открытия новых факультетов высшего сестринского образования.

Мы претворяли в жизнь новаторские идеи и проекты в психиатрии, онкологии, фтизиатрии, работали с медицинскими сестрами отделений реанимации, создавали специализированные группы и секции в структуре РАМС, объединяя коллег из многочисленных регионов по узким направлениям практики

И эта работа уже стала приносить свои плоды. Многие руководители за эти годы выросли, став настоящими лидерами. Сегодня они создают в своих клиниках новые службы, как, например отделение сестринского ухода в больнице скорой медицинской помощи в Петрозаводске; совершенствуют ра-

Мы поздравляем всех читателей «Вестника» с 25-летием Ассоциации медицинских сестер России, преданной делу развития профессии с первых дней своего основания.

боту медицинских сестер психиатрической службы, внедряя дополнительные элементы консультирования и психологической поддержки в функции медицинских сестер, о чем нам рассказывают специалисты из Кировской области; или даже проводят совместные российско-американские исследования для решения кадровых проблем и формирования более благоприятной среды и взаимоотношений в коллективах. О результатах этого исследования на страницах журнала нам докладывает председатель секции «Сестринские исследования».

Мы научились проводить самые разные мероприятия – акции, флэшмобы и даже турслеты, в которых принимают участие с большим удовольствием не только медицинские сестры, но и врачи, и руководители здравоохранения. Мы смогли закрепить за собой роль лучших организаторов, отвечающих за все и за всех...

Еще в 2007 году мы первыми откликнулись на задачу создания профессиональных стандартов. За многие годы работы с этими документами провели сотни рабочих встреч, консультаций и переговоров, внося поправки, реагируя на изменения законодательства и требований к их оформлению. И в канун 25-летия вышли на финишную прямую – в ближайшее время согласованные со всеми уполномоченными органами и организациями документы будут приняты, чтобы вступить в силу с января 2018 года и стать основой для аккредитации специалистов.

Мы смогли достичь высокого авторитета на международном уровне. Сегодня мы вносим свои рекомендации при подготовке важнейших документов, определяющих архитектуру здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на предстоящие десятилетия. Мы представляем голос медицинских сестер и акушерок не только России, но и всей Европы, и этот голос приобретает все более весомое значение.

Но у нас все еще остается масса нев в самые кратчайшие сроки пррешенных проблем. Мы знаем, что во все клиники нашей страны.

роль специалиста сестринского дела может и должна меняться. Пациенту необходим специалист, оказывающий всестороннюю профессиональную поддержку на всех этапах жизни для сохранения здоровья, профилактики заболеваний, лечения и реабилитации. Движение по расширению роли сестринского персонала стартовало в мире более 15 лет назад, у него уже есть результаты, подтвержденные исследованиями. Значит, именно этот путь является правильным. Страны, которые идут по нему, уже достигли более высоких показателей продолжительности и качества жизни насе-

Опираясь на общественную и профессиональные инициативы, члены Ассоциации медицинских сестер России начинают движение в новом для профессии направлении. Осуществляются перспективные проекты внедрения телемедицины и информационных технологий, внедряются новые формы работы с пациентами и их близкими. Специалисты добиваются отличных показателей приверженности лечению в психиатрии, фтизиатрии, кардиологии. Жить и работать в своей профессии становится все интереснее. Не легче, не проще, но, вне всяких сомнений, интереснее.

В ходе всероссийского конгресса мы сможем охватить богатейший опыт передовой практики многочисленных регионов, медицинских организаций и сестринских коллективов, чтобы сделать его общим достоянием нашей профессии. Мы поздравляем всех читателей «Вестника» с 25-летием Ассоциации медицинских сестер России, преданной делу развития профессии с первых дней своего основания. И уже в следующих выпусках «Вестника» будем щедро делиться с вами, нашими верными читателями, самым важным и достойным внимания опытом, чтобы перемены в клинической практике, организации помощи, работе с кадрами в самые кратчайшие сроки приходили

№ 4 Октябрь—2017



На обложке: Группа советников по ПСМП Регионального директора ВОЗ на первой встрече в Алматы, Казахстан, июнь 2017г.

СОДЕРЖАНИЕ

| • • | |
|--|---------|
| СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ | |
| Лидерство через инновации: взгляд в будущее. | |
| В Республике Саха (Якутия) состоялась конференция, | стр. 15 |
| посвященная вопросам развития сестринского дела | |
| Все на турслет! | стр. 18 |
| НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ | |
| Особое мнение. В Москве состоялись заключительные | |
| слушания по проектам профессиональных стандартов | стр. 24 |
| для среднего медицинского персонала | • |
| МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО | |
| Новые задачи и перспективы в развитии первичного | ctn 3 |
| сектора здравоохранения | стр. 3 |
| Работать вместе – это успех: в Барселоне прошел | |
| грандиозный по масштабу конгресс Международного | стр. 8 |
| совета медсестер | |
| Исторический поворот: В Пекине состоялся первый | стр. 20 |
| сестринский форум стран БРИКС | C1p. 20 |
| НОВАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ | |
| Пациент-ориентированный уход в условиях оказания | стр. б |
| ургентной помощи | c.p. 0 |
| Гигиеническое обучение пациентов | стр. 32 |
| в психиатрическом стационаре | 1 1 1 |
| ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА | • |
| Роль сестринского персонала в профилактике | стр. 13 |
| несостоятельности швов и нестабильности грудины | |
| Опыт многопрофильной клиники в организации | |
| рентгенхирургической помощи пациентам | стр. 26 |
| с острым инфарктом миокарда в режиме 7/24 | |
| Современный подход к организации работы | |
| с хирургическим инструментарием. Влияние аудита | стр. 29 |
| на длительность использования хирургических | C1p. 25 |
| инструментов | |
| ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ | |
| Эффективная система профилактики ИСМП | |
| на территории операционного блока – миф или | стр. 37 |
| реальность? | |
| ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ | |
| Влияние буллинга на работу медицинских сестер | стр. 34 |
| в России | |

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 05.07.2017. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1133. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах. Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG.

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через редакцию – офис РАМС. В заявках на журнал следует указывать ваш полный почтовый адрес, контактный телефон, количество экземпляров, номер(-а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку следует направить по адресу: julia@medsestre.ru

Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте PAMC: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр России ООО «Милосердие» Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова

Ответственный редактор – Наталья Серебренникова

Научный редактор – Валерий Самойленко

Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина

Дизайн – Любовь Грабарь

Верстка – Игорь Быков

Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15H. Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АНОПКО В.П. – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»

ГЛАЗКОВА Т.В. – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области

ДРУЖИНИНА Т.В. – главный специалист по сестринскому делу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»

ЗОРИНА Т.А. – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»

КУЛИКОВА Р.М. – президент Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»

ЛАПИК С.В. – д-р. мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава

НИКИТИНА Н.В. – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

РУДЕЙКО И.В. – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт

РЯБКОВА В.В. – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, президент Смоленской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

СЛЕПУШЕНКО И.О. – заместитель директора Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ

НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОГО СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В преддверии 40-летнего юбилея с момента подписания Алма-Атинской декларации Региональным директором Европейского бюро ВОЗ была созвана группа советников по первичной медико-санитарной помощи. Приглашение войти в состав группы поступило руководителям международных организаций, исследователям, лидерам профессиональных организаций, в число которых вошел и Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций. Таким образом, высокая честь представить объединенный голос медицинских сестер и акушерок всей Европы в группе советников Регионального директора ВОЗ выпала президенту РАМС, Валентине Антоновне Саркисовой.

Мы попросили Валентину Антоновну вкратце рассказать о содержании работы сформированной группы.

следующем году мы отметим 40-летие подписания Алма-Атинской декларации – документа, провозгласившего первостепенной задачу по развитию первичного сектора здравоохранения. Многие страны в ее решении преуспели, однако ситуация пока далека от идеала. И в нашей стране, и во многих других сохраняется дисбаланс в организации первичной и стационарной помощи. Это не просто неправильно, неудобно, но и крайне нерационально и неэффективно с точки зрения использования ресурсов.

Сегодня, когда экономическое давление на системы здравоохранения усиливается – появляются новые дорогостоящие

виды лечения, новые препараты, роботизированные вмешательства, возникает необходимость их финансирования, - особенно остро встает вопрос о рациональном распределении средств. Кроме того, мы не можем не обращать внимания на демографические показатели – старение населения, увеличение числа групп пациентов с хроническими заболеваниями, т.е. потенциально речь идет о соответствующем росте потребностей в медицинской помощи. Если и далее квалифицированная помощь будет сосредоточена в стационарах, системам здравоохранения будет все сложнее выдерживать такую нагрузку.

Вместе с тем имеются отличные примеры разви-

тия и укрепления роли первичного сектора в оказании помощи, накопился значительный опыт, предложения, перспективные взгляды на проблему. В связи с этим создание такой группы было действительно актуально. Для нас особенно ценно, что при формировании состава группы нам была предоставлена возможность выразить голос медицинских сестер.

В сферу ответственности группы войдет обсуждение проблемных вопросов, постановка задач по развитию первичного сектора здравоохранения, определение перспективных направлений и совместное формирование политики, консолидация знаний, опыта, имеющихся проектов для



№ 4 Октябрь—2017

июне 1992 года по предложению Наталии Серафимовны Мальцевой, заместителя директора Всероссийского учебно-научно-методического центра по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, инициативная группа главных медицинских сестер областных, краевых и республиканских больниц собралась в Москве, чтобы принять решение о создании общественного объединения медсестер, разработать устав и выбрать руководителя организации. Президентом организации медсестер избрали главную сестру Ленинградской областной клинической больницы Валентину Антоновну Саркисову.

В качестве целей и задач деятельности были зафиксированы – защита профессиональных и социально-экономических интересов сестринского персонала, развитие сестринского образования и практики, внедрение прогрессивного зарубежного опыта и возрождение традиций сестринского милосердия.

У медицинских сестер России тогда впервые появилась возможность общения с коллегами из других стран. Оказалось, что за рубежом труд медицинской сестры высоко це-

нится, в ней признают самостоятельного специалиста. Оказалось, что медицинская сестра может работать не только в клинике, но и преподавать в медицинском колледже и, что было совсем неожиданно для России, быть университетским профессором, заниматься научной работой.

В 2004 г. президент РАМС В.А. Саркисова входит в состав руководящего комитета Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций; встречи в таком формате очень важны для Ассоциации медицинских сестер России, сестринских ассоциаций из стран СНГ. На уровне ВОЗ обсуждаются те проблемы, которые пока не получили звучания во многих из этих стран; здесь прослеживается настойчивость мирового сообщества в предоставлении медицинским сестрам большего объема полномочий в формировании политики здравоохранения. ВОЗ ведет мониторинг кадровой ситуации в здравоохранении стран

мира и европейского региона, выносит рекомендации по поддержке сестринских кадров, развитию образовательных программ на университетском уровне.

В 2013 году президента РАМС избирают в качестве председателя Европейского форума. Взаимодействие профессиональных организаций с ВОЗ выходит на новый уровень. В рамках подписанного Меморандума о взаимопонимании ведется разработка стратегических документов, которые утверждаются главным органом Европейского ВОЗ. Страны региона должны осуществлять шаги по выполнению принятых обязательств в части повышения уровня образования медицинских сестер, создания благоприятных условий труда, поддержке науки и доказательной практики, привлечению медицинских сестер к процессу принятия решений на всех уровнях управления здравоохране-



того, чтобы дать новый импульс к развитию сектора.

Например, актуальным вопросом является вовлечение специалистов первичного сектора в оказание скорой медицинской помощи. Проблемы значительного числа пациентов могут эффективно решаться на уровне участковой поликлиники. Иногда требуется ограниченный объем вмешательств, стабилизация состояния, которая достигается быстро. Если удастся реализовать этот подход, иными словами, поликлиника станет своего рода пропускным пунктом, который снизит нагрузку на стационар, то все участники процесса выиграют. В больницах снизится поток пациентов, не нуждающихся в госпитализации, а пациенты смогут получать по-



мощь максимально близко к месту своего проживания и в кратчайшие сроки. В ходе дискуссий группы звучали предложения о необходимости введения круглосуточной работы пунктов оказания помощи, по крайней мере, о выделении дополнительных часов работы поликлиники, чтобы помощь была более доступна.

Большое внимание было уделено оказанию помощи пациентам с хроническими заболеваниями, пожилым пациентам. Безусловно, развитие этого направления требует структурных преобразований. Но также необходимо и дополнительное обучение специалистов. Помощь должна быть более целенаправленной и индивидуальной, адресной. Тогда шансы на предотвращение эпизодов обострения болезни будут выше.

Члены группы говорили о перспек- и командной работе с медицинскими витию амбулаторного звена во в тивах обучения пациентов, поддержа- сестрами. Нам удалось подчеркнуть странах Европейского региона ВОЗ.

ния приверженности лечению. Этому в том числе помогает создание активных групп, форумов пациентов.

Казахстаном был представлен опыт поддержки первичного сектора. В частности, инвестиции помогли снизить нагрузку на врачей общей практики, сократить количество обслуживаемого одним врачом населения с 2,5 тысяч человек до полутора тысяч. Было создано 49 передвижных клиник и три медицинских поезда для оказания помощи людям, проживающим в отдаленных сельских районах.

Отдельно мы говорили и о сестринской помощи. Рассматривали проблемы консерватизма врачей общей практики, который зачастую выступает преградой к инновациям – изменению часов работы или более слаженной и командной работе с медицинскими сестрами. Нам удалось подчеркнуть

необходимость изменения подходов к организации работы, к передаче медицинским сестрам части врачебных полномочий, с тем чтобы полнее использовать знания и опыт профессиональных медицинских сестер. Участники дискуссии согласились, что в странах европейского региона пока еще сохраняется настороженность в отношении расширенной роли медицинской сестры, в то время как в этом направлении требуются инвестиции. Опора на медицинских сестер позволит развивать различные направления работы первичного сектора, достичь более высокого уровня удовлетворенности пациентов и снизить затраты.

По итогам работы группы будут сформулированы предложения, которые лягут в основу будущих действий по развитию амбулаторного звена во всех странах Европейского региона ВОЗ.

ЕМНОГО ИСТОРИИ 1990 С 1990 С

1998 год стал в истории сестринского дела России победоносным. Осенью, вопреки крупнейшему финансовому кризису, в Санкт-Петербурге состоялся Первый Всероссийский съезд по сестринскому делу. Подготовка к этому событию велась основательно. Лидеры профессии из многочисленных регионов России неоднократно встречались, чтобы сформировать повестку заседания, подготовить первую в истории Программу развития сестринского дела. Медицинские сестры работали совместно с руководителями департаментов Минздрава России, учились решать многочисленные организационные вопросы.

О том, насколько велик был интерес к съезду, говорят факты: вместо заявленных 500 участников в Санкт-Петербург прибыли свыше 1000 делегатов и гостей. Среди них были не только медицинские сестры, акушерки, фельдшеры и лаборанты, но и главные врачи ЛПУ, директора медицинских училищ и колледжей, деканы факультетов высшего сестринского образования медицинских вузов, представители территориального руководства здравоохранения, профсоюзные работники прак-

тически из всех регионов России, 10 представителей Министерства здравоохранения.

Внимание к съезду было колоссальным. Среди множества официальных приветствий нельзя не привести обращение первого президента новой России Бориса Николаевича Ельцина, губернатора Санкт-Петербурга Валентины Ивановны Матвиенко.

С большим докладом на съезде выступил В.И. Стародубов, занимавший в то время пост министра здравоохранения: «Не могу не остановиться на той важной роли, которая отводится профессиональным сестринским объединениям, ассоциациям и союзам, –

говорилось в докладе. – Поскольку сегодня они проходят начальный этап развития, этап формирования, необходимо оказывать им поддержку как на местном, региональном, так и на общенациональном уровне, ведь опыт работы в этом направлении у нас еще крайне незначителен.

По мнению руководителя Департамента медицинских образовательных учреждений и кадровой политики МЗ Н.Н. Володина, принимавшего участие в работе съезда, Первый Всероссийский съезд средних медработников стал большой победой и Минздрава, и Межрегиональной ассоциации медицинских сестер, и всех, кому не безразлично сестринское дело.



№ 4 Октябрь—2017

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ УХОД В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ КАК ПРИМЕР РАСШИРЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ



■ Татьяна Вирки

Главная медицинская сестра ГБУЗ РК

«Больница скорой медицинской помощи», Президент КРООМР

«Союз профессионалов»

осударственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Больница скорой медицинской помощи» (далее – ГБУЗ БСМП) является старейшим на территории республики учреждением (основано в 1785 году), вторым по мощности (в 2016 году – 500 коек), оказывающим специализированную стационарную помощь более 18 000 пациентов в год. Всего обращений за медицинской помощью – более 30 000 в год.

Внедрению пациент-ориентированной модели оказания ухода за пациентами на базе ГБУЗ БСМП способствовали следующие факторы:

- госпитализация пациентов по срочным показаниям (до 90%) и связанные с этим особенности осуществления мероприятий по уходу за пациентами в условиях оказания ургентной медицинской помощи;
- увеличение доли людей пожилого и старческого возраста среди поступающих пациентов (см. табл.);
- до 34% пациентов ГБУЗ БСМП имеют дефицит самоухода степени II и III (по шкале Д. Бартелл), около 10% пациентов с дефицитом самоухода вновь поступившие (см. рис.);
- неукомплектованность кадрами (сестринским (67%) и младшим (58%) персоналом);

- различное количество пациентов с дефицитом самоухода в клинических отделениях (от 10 до 60%) при наличии одинакового количества персонала для осуществления ухода;
- организация в ГБУЗ БСМП отдела технического обслуживания (клинингового отдела), передача функций по уборке помещений техническому персоналу, изменение штатного расписания;
- выполнение медицинскими сестрами функций младшего персонала в клинических отделениях;
- наличие жалоб пациентов и их родственников на качество ухода из-за низкого качества оказываемых услуг:
- внутренняя неудовлетворенность работой сестринского персонала.

Цель введения инноваций состояла в разработке и внедрении эффективной модели оказания (предоставления) ухода за пациентами с дефицитом самоухода на базе больницы скорой медицинской помощи.

Реорганизация системы ухода в больнице потребовала решения следующих задач:

- изучить организацию и принципы ухода за пациентами при поступлении больных с ургентной пато-
- проанализировать кадровое и ресурсное обеспечение ухода, эффективность, качество и своевременность предоставления ухода за пациентами;
- разработать новую структуру оказания ухода за пациентами с учетом имеющихся особенностей функционирования больницы скорой медицинской помощи – отдел по организации и обеспечению ухода (ОООУ);
- определить обязательный объем сестринского дифференцированного ухода и дополнения к нему;

- установить индикаторы эффективности ухода за пациентами в условиях больницы скорой медицинской помощи;
- разработать методические рекомендации по организации ухода за пациентами на базе больницы скорой медицинской помощи.

Особенности функционирования стационара скорой помощи заключаются в невозможности управления потоками поступающих пациентов по профилю, тяжести состояния и количеству поступающих в условный временной промежуток, необходимости обследования и оказания медицинской помощи.

Тяжесть основной патологии, наличие сопутствующих заболеваний, имеющийся дефицит самоухода требует от медицинских работников разработки системы мероприятий ухода, проводимых одновременно с оказанием медицинской помощи, имеющих превентивный характер, улучшающих качество жизни пациента.

Особенностью пациент-ориентированного ухода является системность и мультидисциплинарность мероприятий по уходу. Нельзя рассматривать уход как набор несвязанных между собой простых медицинских услуг, осуществляемых медицинскими специалистами разного уровня. Пациент-ориентированность всегда нацелена на результат, определенный стандартом ухода. На се-



Рис. Динамика изменений количества пациентов с дефицитом самоухода в пределах 10 дней

Таблица Возрастные группы пациентов и формат показаний к госпитализации

| Возраст | Формат поступления | 2014 г. | Всего | 2016 г. | Всего |
|---|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Дети 0–17 лет | Экстренное | 196 (94%) | 209 (1,2 %) | 148 (90,2 %) | 164 (1,1 %) |
| | Плановое | 13 | | | |
| Пациенты трудоспособного возраста | Экстренное | 7448 (81,4%) | 9148 (54%) | 5958 (82%) | 7301 (50%) |
| Sespacia | Плановое | 1700 | | 1343 | |
| Пациенты старше трудоспо- собного возраста | Экстренное | 6189 (82,5 %) | 7506 (44,5 %) | 5820 (82%) | 7106 (48,9 %) |
| соопого возраста | Плановое | 1317 | | 1286 | |

годняшний день медицинская организация на своем уровне разрабатывает подобный документ. В ГБУЗ БСМП существует многоуровневая система сестринского ухода, которая учитывает как степень дефицита самоухода пациента по шкале Д. Бартелл, так и степень участия персонала, родственников и волонтеров в процессе ухода, а также объем затрат на его осуществление. Пациент (или его представитель) и медицинская организация в лице начальника отдела по организации и обеспечению ухода согласовывают индивидуальный план ухода за пациентом, осуществляемый на безвозмездной основе, который является неотъемлемой частью медицинской документации. Возможно заключение договора платных услуг в формате предоставления сервисного ухода.

Организация специализированного подразделения, осуществляющего уход за пациентами во всех клинических отделениях, позволяет сегодня рационально, дифференцированно и своевременно предоставить услуги по уходу тем, кто в нем нуждается, и разработать план ухода. Этим занимаются медицинские сестры-координаторы ухода. Введение подобной должности позволяет координировать действия персонала различного уровня в интересах пациента, определять тактику ведения ухода, обучать персонал, пациента и его родственников. В обязанности медицинской сестры – координатора входит и контроль за наличием у пациентов идентификационных браслетов. В ГБУЗ БСМП пациентам, имеющим аллергические реакции на лекарственные препараты, надевается красный браслет, лицам с высоким риском падения по шкале Морзе – желтый браслет, пациентам с нарушениями интеллектуально-мнестического статуса – белый браслет с указанием персональных данных. Кроме того, медицинская :

сестра-координатор контролирует ведение персоналом протоколов смены положения тела у пациентов со значительным дефицитом самоухода.

Разработанная специалистами ГБУЗ БСМП экспертная карта качества ухода может использоваться в любой период времени, в том числе при поступлении. На этапе приемного отделения подобная экспертиза обусловлена необходимостью фиксации статуса пациента в части имеющихся проблем («домашние» пролежни, опрелости, отсутствие гигиенического ухода, наличие педикулеза, других паразитарных заболеваний и пр.) для предупреждения конфликтных ситуаций в период госпитализации. Экспертизу могут провести специалисты отдела по уходу, персонал клинических отделений, а также родственники пациента.

Индикаторами качества ухода за пациентами в ГБУЗ БСМП являются следующие параметры, измеряемые в процентах от общего количества:

- доля дефектов, выявленных при экспертизе качества ухода;
- доля пациентов, у которых образовались пролежни, опрелости или другие повреждения кожных покровов;
- доля осложнений (дефектов) при кормлении пациентов (недостаточность, несвоевременность, аспирация);
- доля пациентов с «прорывами» боли при наличии болевого синдрома;
- доля осложнений (травм) пациентов при перемещении, транспортировке;
- доля ИСМП, возникших при осуществлении ухода, в том числе специализированного;
- обоснованные жалобы пациентов или их родственников на качество ухода.

При внедрении пациент-ориентированной модели ухода в ГБУЗ БСМП выявились следующие проблемы:

- отсутствие профессионального стандарта специалиста в области сестринского дела;
- отсутствие нормативной базы для внедрения новой системы ухода;
- отсутствие в стандартах и порядках оказания медицинской помощи раздела, определяющего уход за пациентом;
- отсутствие опыта подобных преобразований в бюджетных организациях;
- отсутствие данных о стоимости ухода и, как следствие, ограниченный бюджет;
- несовершенство оценки дефицита самоухода;
- высокая степень ожиданий у пациентов и родственников;
- потребительское отношение к собственному здоровью и системе здравоохранения в целом;
- инертность и сопротивление переменам со стороны медицинского персонала.

На сегодняшний день сестринский коллектив ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи», участвует в реализации пациент-ориентированной модели ухода за пациентом. Данный подход к пациенту уже дал ощутимые результаты:

- 100%-ная укомплектованность службы ухода;
- внедрение стандартного плана ухода, включая Школы пациентов и родственников;
- разграничение функций по обеспечению ухода между различными категориями персонала в составе мультидисциплинарной бригады;
- снижение среднего количества койко-дней с 12,1 в 2012 году до 10,3 в 2014 году; до 9,8 в 2016 году;
- снижение количества жалоб от пациентов на качество ухода с 20% от общего объема до 4% (из них обоснованных – 2%);
- ПОЯВЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ОТЗЫВОВ ОТ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ УХОДА.

Пациент-ориентированный уход, несомненно, является примером расширенной сестринской практики, он эффективен, соответствует современным требованиям и открывает новые возможности для специалистов.

№ 4 Октябрь—2017 7



В БАРСЕЛОНЕ ПРОШЕЛ ГРАНДИОЗНЫЙ ПО МАСШТАБУ КОНГРЕСС МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

конце мая столица испанской Каталонии стала настоящей столицей и сердцем сестринской профессии. Мероприятия Международного совета медсестер здесь проходили почти в течение двух недель. Сначала состоялось заседание Правления МСМ, затем прошел Совет национальных представителей, а кульминацией стал сам научный конгресс, участниками которого стали порядка 8200 специалистов из 135 стран! И им было чем заняться - ведь в рамках мероприятия состоялось 18 симпозиумов и пленарных заседаний, 70 параллельных сессий, 1900 постерных докладов! Отвлечься от напряженной работы можно было на выставке, занявшей огромное пространство конгресс-холла и ставшей настоящей жемчужиной программы благодаря обилию экспозиций не только компаний производителей, но и разработчиков программного обеспечения для медицины и сестринского дела, организаций образования, компаний, работающих по направлению «Здоровый образ жизни и правильное питание».

Технические инновации коснулись работы всего конгресса, а начало их применению было положено еще в рамках заседания СНП. Начиная :

с 2017 года Совет перешел на электронную систему голосования. После небольшого тренинга всем представителям национальных ассоциаций членов организации удалось освоить работу с новым оборудованием. Как оказалось, навык весьма необходим только так лидер национального профессионального общества теперь может повлиять на принятие того или иного решения, принять участие в выборах президента и членов Правления МСМ. По ряду территорий это вопрос : принципиальный.

В Международном совете действует принцип территориального представительства – весь мир разделен на географические территории, у каждой из которых есть определенное количество мест в Правлении МСМ. Если число кандидатов от региона в Правление превышает норматив, то выборы становятся соревновательными. В этот раз самым активным стал азиатско-тихоокеанский регион, где борьба за место в Правлении шла между Китаем, Таиландом, Новой Зеландией, Филлиппинами и Австралией.

У кандидатов была возможность провести выборную кампанию - информационные материалы поступали на электронную почту РАМС, но этим : дании совета составили вопросы ока-

кандидаты не ограничились. У каждого было пространство и время, чтобы рассказать о себе, представить свою организацию, привлечь сторонников. По словам президента РАМС Валентины Саркисовой, выбор был сложным слишком многие национальные лидеры вызывают искреннюю симпатию, давно известны и знакомы, и отдать предпочтение кому-то очень и очень спожно

Выборы состоялись, был сформирован новый состав Правления МСМ, которое с легкой руки предшествующего президента Джудит Шамиан получило крылатое название «Dream team» команда мечты, а новым руководителем и капитаном команды стала Аннет Кеннеди, представляющая Ирландию. Ирландия – страна с давними традициями развития сестринской помощи, стала настоящей кузницей сестринских кадров. Волны профессиональной миграции то и дело накрывали эту небольшую страну, которая принимала специалистов из других стран, но также стремительно теряла своих. Поэтому вопросы глобального характера для ирландских медицинских сестер исключительно актуальны.

Тематическое содержание на засе-

зания помощи группам перемещенного населения, беженцам. Прошедший год для многих европейских стран стал в этом плане сложным политические решения о приеме беженцев были приняты в отсутствие готовой инфраструктуры и решений для оказания дополнительных объемов медицинской помощи. И вот здесь, в рамках СНП, лидеры сестринских организаций делились опытом того, с какими успехами и неудачами сталкиваются их страны в решении этой проблемы. Ведь практически повсеместно основную нагрузку по оказанию помощи таким группам населения, несущими в том числе новые заболевания, приняли на себя именно медицинские сестры.

Началу конгресса МСМ предшествовала церемония открытия, наполненная яркими красками, звуками, колоритом и духом Испании. Нельзя не отметить приверженности испанцев длинным и содержательным речам, которыми сопровождалась официальная часть церемонии. После них лишь самым выносливым делегатам хватило стойкости и сил, чтобы увидеть яркие концертные номера — незабываемое фламенко, традиционное испанское хоровое пение и за-



хватывающие дух акробатические этюды. В течение нескольких минут огромная аудитория участников мероприятия с напряжением следила за действиями большой группы акробатов, которые, карабкаясь вверх, цепляясь за руки, спины, плечи друг друга, смогли воссоздать живую Саграда-Фамилия, известнейший на весь мир собор, начало строительству которого было положено всемирно известным испанским архитектором Гауди.

Для каждого дня конгресса организаторы подготовили такое же по уникальности, но ценное уже именно с профессиональных позиций выступление.

Так, совершенно новый подход к организации медицинской помощи был представлен нашими коллегами из Голландии. Еще 10 лет назад Джос де Блок, медицинский брат, совместно со своими коллегами решил создать новую медицинскую организацию, в которой главную роль будут играть медицинские сестры, а главной целью станет здоровье пациентов, а вопросы управления, финансов, снабжения и прочей административной работы уйдут на второй план. Иными словами, гол

ЕМНОГО ИСТОРИИ 1990С 1

1999 году стартовал Российско-Шведский проект сотрудничества - между Межрегиональной ассоциацией медицинских сестер России и Шведской ассоциацией Вардфорбюндет. Задача проекта состояла в том, чтобы рассказать медицинским сестрам о том, как медицинские сестры во всем мире работают вместе, чтобы добиваться решения профессиональных проблем и защиты своих интересов. Начиная с этого времени в разных российских регионах проводились семинары «Смелое начало» - название которых говорит само за себя. Медицинские сестры впервые начинали обсуждать проблемы своей профессии, брали на себя смелость формулировать собственную точку зрения на профессию медицинской сестры и ее положение в отечественном здравоохранении.



Проект был рассчитан на 6 лет. За это время Межрегиональная организация медицинских сестер должна была привлечь достаточное число сторонников и членов, стать общероссийской, получить и реализовать право на вступление в Международный совет медсестер.

С этой задачей удалось справиться досрочно – уже весной 2002 года на конференции в Санкт-Петербурге был принят новый Устав теперь уже общероссийской организации, с чем участников конференции тепло поздравила руководитель проекта из Швеции г-жа Ева Шутковска.

№ 4 Октябрь—2017

ландским специалистам пришла в голову идея ни много ни мало «административного аутсорсинга»! Джос с тремя медицинскими сестрами открыли свою фирму для оказания сестринской помощи на дому в том формате, в каком это необходимо пациентам. Джос справедливо решил, что именно медицинским сестрам, как никому другому, понятны и хорошо известны проблемы пациента и то, как их можно преодолеть. За 10 лет популярность и востребованность такой помощи выросла настолько, что по всей стране были созданы 850 аналогичных команд, а общая численность работников превысила 10 тысяч. Более того, модель мигрировала за пределы Голландии и пустила корни в 24 странах!

Как же работают эти медицинские команды? В каждой состоит около 10-12 медицинских сестер, работающих и оказывающих помощь в своем районе, параллельно несущих ответственность за управление работой команды. Если формируется новая команда, то сначала она арендует небольшой офис, затем знакомится с врачами общей практики, семейными врачами и другими специалистами, работающими в этом же районе. Команда решает совместно, как будет организована работа, как будут распределены обязанности, как будут приниматься решения. Опираясь на «сарафанное радио», команда распространяет информацию о себе, своей работе и шаг за шагом формирует базу клиентов.

Практика команд Buurtzorg пропитана духом предпринимательства – все и каждый неустанно думают о том, как усовершенствовать работу и предоставляемые услуги. Все свободны реализовать на практике новую идею, и такая идейность поощряется. Например, после того как одной команде пришла в голову мысль о проведении пешего марафона, теперь по всей Голландии всеми членами Buurtzorg такие марафоны проводятся ежегодно.

Работу команд поддерживают 15 наставников. В так называемом бэк-офисе (администрации) Вuurtzorg трудятся всего 45 человек, что позволяет удерживать административные расходы на уровне 8%. Работники администрации решают все финансовые вопросы, чтобы члены команд могли полностью

сосредоточиться на вопросах медицинской помощи и ухода.

Клиентами компании являются 70 тысяч человек, а годовой финансовый оборот в 2014 году составил 280 миллионов евро.

Ключевым докладчиком международного конгресса стала д-р Линда Айкен, самая именитая медицинская сестра-исследователь, ставшая революционером в решении вопросов кадрового обеспечения, нагрузок, уровня образования специалистов. Своим докладом она обобщила опыт исследований, которые проводились на протяжении последних 20 с лишним лет, каждое из которых было основано на строгой методологии, обширном объеме данных, было многоцентровым, т. е. проводилось одновременно в нескольких странах.

Так, еще в 2002 году были подведены итоги исследования, которое продемонстрировало, что увеличение нагрузки на медицинскую сестру хи-

«Собраться вместе – это начало, оставаться вместе – это прогресс, работать вместе – это успех».

Генри Форд

рургического профиля свыше 4 пациентов на 1 человека увеличивает риск смертности на 7%, если количество пациентов увеличивается на 2 человека, риск возрастает соответственно на 14%. Эти данные нашли подтверждение в клиниках США, Европы, Южной Кореи. В связи с тем, что в разных штатах США нагрузка у медицинских сестер отличается, исследователями

был сделан вывод о том, что другие штаты, будь у них кадровая ситуация на уровне Калифорнии, могли бы достичь 13% сокращения госпитальной смертности.

Отдельное масштабное исследование было проведено по проблеме квалификации кадров и изменению квалификационного состава. Начиная с середины 2000 гг. начались попытки заместить профессиональных сестер менее подготовленными специалистами, которые якобы могут делать ту же работу, но при меньших затратах на подготовку. Исследователи решили оценить последствия таких перемен. Как выяснилось, сокращение числа медсестер на 10% в кадровом составе организации связано с повышением риска смертности на 12%. Если в коллективе вместо необходимой медицинской сестры появляется младший специалист, то риск смертности вырастает на 21 %. В ходе исследования был установлен факт, что замещение медицинских сестер на младших сестер никоим обра-

зом не облегчает работу профессиональных сестер, не повышает удовлетворенность сестер от работы.

Большое исследование было выполнено для оценки зависимости уровня смертности и других неже-

Взаимосвязь уровня образования медицинских сестер и показателя сметрности хирургических пациентов (независимо от количества обеспеченности медсестрами)

Вероятность смерти

Повышение пропорции сестер-бакалавров на каждые 10 % ведет к снижению смертности на 7 %

Aiken et al Medical Care, 2011; Lancet

10 % BSN 30 % BSN 50 % BSN % сестер бакалавров в учреждении



течение 2004 года активно проходила подготовка ко Второму Всероссийскому съезду средних медицинских работников, который прошел в Москве 20–21 октября под девизом «Совершенствование сестринского дела – основа повышения качества медицинской помощи».

Ассоциация к этому времени уже приобрела известность в мире. По приглашению РАМС Кристин Хэнкок, президент Международного совета медсестер, принимает участие во Втором Всероссийском съезде. На съезде присутствует 1000 участников со всех уголков России, 25 делегатов из Швеции, Канады, Украины, Беларуси. С докладом выступает заместитель министра В.И. Стародубов – за 4 года министерству удалось выполнить многие решения Первого Всероссийского съезда, реализовать важные предложения РАМС, в частности:



Кристин Хэнкок, М.М. Кузьменко, В.В. Зарубина обсуждают вопросы сестринского дела в период съезда

- в регионах открыто 25 факультетов сестринского дела;
- приказом Министерства здравоохранения в номенклатуру должностей сестринского персонала была введена должность заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, что стало настоящим прорывом в повышении роли медицинских сестер;
- в Минздраве учрежден и активно работает Совет по управлению сестринской деятельностью;
- создана вертикаль управления сестринской деятельностью.

В результате решения, одобренного Вторым Всероссийским съездом, в 2005 году РАМС становится полноправным членом Международного совета медсестер.

лательных последствий лечения от квалификации медсестер. Данные показали, что чем выше процент сестер-бакалавров, тем ниже риски пациентов пострадать в результате лечения.

Всеобщее движение к экономии в здравоохранении не единожды затрагивало вопрос о сестринских кадрах – в том ракурсе, как бы сэкономить на сестрах. Конечно, это самая большая группа медицинских работников, которая нуждается в подготовке, непрерывном повышении квалификации, хорошем обеспечении расходными материалами для работы... Однако исследователи подтвердили, что на сестрах экономить не следует, ведь такая экономия слишком дорого обходится! В частности, было проведено исследование, которое позволило сравнить расходы и результаты лечения в клиниках с хорошей обеспеченностью сестринскими кадрами и клиник, где количество медицинских сестер меньше. Были определены факторы риска для пожилых хирургических пациентов, в исследование были включены 100000

пациентов (историй болезни) из 450 клиник. Исследованием было достоверно установлено, что клиники с хорошим кадровым обеспечением добиваются лучших результатов лечения с наименьшими расходами. Оказалось, что клиники, которые экономят на сестрах и условиях труда, теряют гораздо больше, но не осознают своих потерь – например, в таких клиниках пациенты больше времени проводят в отделениях реанимации, занимая дорогие койки, потому что перевести их в отделения, где объем помощи будет недостаточным, нет возможности, потому что в такие клиники пациенты чаще возвращаются с осложнениями. Также выяснилось, что больницы, где сестер хватает, отличаются более высоким уровнем инфекционной безопасности, а в менее благополучных клиниках уровень ВБИ на 30% выше.

Серия исследований, посвященных проблеме повторных госпитализаций, позволила установить, что увеличение нагрузки сестры на 1 пациента повы-

шает уровень повторных госпитализаций:

- на 9% для пациентов с сердечным приступом, пневмонией;
- на 8 % для пациентов, перенесших замену тазобедренного и коленного сустава;
- на 3% для пациентов отделений общей хирургии;
- на 11 % для детей.

Также было установлено, что удовлетворенность пациентов медицинским учреждением напрямую зависит от нагрузки медсестер и от условий работы сестринского персонала. Соответственно, клиники, доброжелательные к медицинским сестрам, более успешно привлекают пациентов в условиях конкурентного здравоохранения.

Заключительная часть сообщения д-ра Айкен была устремлена в будущее. «Мы уже провели массу исследований, мы уже получили массу достоверных данных, у нас больше не осталось сомнений в том, что качественная и результативная медицина требует достаточного числа подготовлень

№ 4 Октябрь—2017

ных и квалифицированных медицинских сестер», отметила исследователь. Более того, у нас уже есть то, что нам необходимо, модель оказания и организации помощи, которая позволяет достигать таких высоких результатов. Больница «Магнит» – это проверенная временем и исследованиями модель, возникшая некогда в США, которую сегодня группа исследователей стремится реализовать в европейском регионе. В проект уже приглашены 60 клиник из Германии, Бельгии, Англии, Швеции и Ирландии, которые будут работать в парах с успешными «Магнитами», изучать и внедрять наилучшие практики помощи. До и после внедрения новой модели исследователи будут анализировать данные, касающиеся результатов лечения и затрат на оказание помощи.

Весь мир идет по этому пути – пути поддержки и развития сестринской профессии, отметила д-р Айкен:

- Уэльс, Ирландия, Квинсленд (регион в Австралии), штаты Калифорния и Массачусетс приняли законы о безопасном кадровом обеспечении здравоохранения медицинскими сестрами, в Англии этот вопрос обсуждается сейчас.
- Европейский парламент одобрил новую траекторию образования на уровне бакалавриата для всех стран Евросоюза; США поставили цель достижения 80% сестер бакалавров в составе кадров к 2020 году; Китай взял курс на активное развитие бакалавриата и увеличение доли сестер бакалавров.
- Аккредитация больниц по системе «Магнит» приняла интернациональный характер.
- Исследователи из группы RN4CAST-EU (кадровый прогноз по медицинским сестрам Евросоюза) опубликовали 70 научных статей в авторитетных научных журналах.
- Многие страны положительно решили вопрос об инвестициях в сестринские исследования и доказательную практику.

Путь, по которому можно и нужно идти, открыт, многими уже пройден, достигнуты прекрасные результаты. Исключительно важно, чтобы сообщество профессионалов внесло свой

вклад в то, чтобы именно так развивалась профессия в каждой стране, призвала д-р Айкен многотысячную аудиторию конгресса в заключение своего выступления!

О многих начинаниях, озвученных Линдой Айкен, участники конгресса могли узнать подробнее. Так, для участия в конгрессе прибыл первый советник министра здравоохранения австралийского штата Квинсленд, д-р Майкл Райордан. За последние два года были реализованы масштабные инвестиции в здравоохранение и сестринскую помощь, причем с акцентом именно на сестринской помощи. Обращая свою речь к армии делегатов конгресса, д-р Райордан провозгласил: «Прошу прощения у всех присутствующих врачей, однако хочу ответственно заявить, ваше время прошло. Наступила эра медицинских сестер!». Да, мы развиваем медицинские технологии, мы можем лечить очень больных людей, использовать эксклюзивные методики, аппараты и медикаменты... но этого на всех не хватит, ни одна страна в мире не сможет позволить себе массового здравоохранения, опирающегося на высокие технологии. Наша задача – сохранение здоровья, сохранение активной, независимой, здоровой и качественной жизни людей, - а с этой задачей смогут справиться только медицинские сестры!

Д-р Джейн Уайт, директор департамента сестринской помощи Правительства Уэльса, говорила о реформе кадрового обеспечения, о разработке и этапах утверждения нового закона, определяющего уровень нагрузки на медицинскую сестру, исходя не только из профиля отделения, но и из тяжести состояния больного.

Специалисты из Норвегии делились опытом внедрения магистратуры для получения всех сестринских специальностей. Этот проект нацелен на то, чтобы специализированные кадры имели сопоставимый уровень подготовки, одинаковый уровень ответственности и равное вознаграждение за труд.

Коллеги из Канады говорили об успехах в развитии модели медицинской сестры – клинического специалиста, формировании и нормативно-правовом обеспечении содержания практики.

Достижениями профессиональной практики поделились и российские

участники конгресса. Так, специалисты из Вологды во главе с президентом Вологодской ассоциации Ниной Никитиной выступили с постерным докладом, рассказывающим о развитии и реализации модели оказания сестринской помощи на дому, предусмотренной для пациентов с тяжелыми заболеваниями. Татьяна Федоткина, руководитель фтизиатрической секции РАМС, рассказала о том, какая работа ведется нашими сестрами в реализации научно обоснованного инструмента для профилактики побочных эффектов при лечении пациентов с МЛУ-ТБ. Светлана Федоришина, главная медицинская сестра НИИ фтизиопульмонологии, рассказала о различных подходах к оказанию пациентам психологической поддержки.

Симпозиум по туберкулезу, который традиционно проходит в рамках конгрессов Международного совета сестер, в этот раз был особенно эмоциональным. О своем недавнем опыте заболевания и лечения ТБ рассказала руководитель фтизиатрической секции медсестер и международный тренер проекта из Португалии – молодая, красивая, полная сил и энтузиазма женщина с русским именем Таня. Она неважно чувствовала себя в течение двух лет... но правильного диагноза не было долго, и вот когда он был поставлен и начато лечение – грянул гром. Будучи специалистом в лечении ТБ, Таня не представляла, насколько тяжелым станет лечение, порой просто невыносимым. В самый тяжелый месяц лечения в стационаре, куда Таню госпитализировали в тяжелейшем состоянии, не было ни одного дня, чтобы навестить ее не пришла хотя бы одна медицинская сестра. Это были совершенно незнакомые люди, которые для Тани стали родными. Пройдя через этот тяжелый путь, наша коллега открыла для себя заново простую истину – для пациента нет никого важнее медицинской сестры.

А для самих медицинских сестер нет ничего важнее сплоченности и единства для совместной работы во благо развития профессии. Именно эту мысль и ключевое слово «вместе» отразит в своей работе новый президент МСМ, Аннет Кеннеди.

Роль сестринского персонала и послеоперационного ухода в профилактике несостоятельности швов и нестабильности грудины



■ Паршина Елена Александровна

палатная медицинская сестра Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь), кардиохирургическое отделение № 1

овершенствование анестезиологического пособия, искусственного кровообращения, накопление опыта хирургическим персоналом сделали оперативное лечение в кардиохирургии эффективным, безопасным, позволяющим в течение длительного времени обеспечивать нормальную работу сердца. На медицинских сестер возлагается большая ответственность, так как они находятся постоянно рядом с пациентами. Поэтому сёстры должны знать и уметь оценивать клинические проявления заболевания в послеоперационном периоде, данные лабораторных исследований пациентов, уметь своевременно реагировать и оказывать соответствующую помощь в рамках своей компетенции. Также одной из главных задач для среднего медицинского персонала является обеспечение качественного ухода и обучения пациентов основам лечебно-охранительного режима.

Несостоятельность грудины после оперативных вмешательств на открытом сердце, присоединение гнойносептических осложнений значительно ухудшают течение послеоперационного периода, приводят к увеличению длительности госпитализации и резкому возрастанию экономических затрат

на лечение, ухудшают послеоперационный прогноз, снижают выживаемость и качество жизни пациентов.

Согласно статистическим данным в 2015 году в кардиохирургическом отделении № 1 проведено 12 операций по поводу рестабилизации грудины, из них 4 ранних – т. е. проведенных в госпитальном послеоперационном периоде, 8 – поздних, т. е. в периоде от 6 месяцев до одного года после операции. В 2016 году: 8 операций, из них 2 – ранних, 6 – поздних. За четыре месяца 2017 года: одна операция – рестабилизация грудины в раннем послеоперационном периоде.

Несостоятельность грудины может случиться у любого пациента, но с большей частотой и вероятностью случается все-таки у пожилых людей (старше 70 лет), тучных пациентов, при наличии заболеваний легких, а также у людей, страдающих сахарным диабетом, остеопорозом, либо при психических расстройствах.

Причины: 1) обострение хронической обструктивной болезни легких, поскольку в этом случае больше выраженность кашля и, как следствие, грудная клетка растягивается сильнее. В послеоперационном периоде чем больше нагрузка, тем больше вероятность, что шов, которым стянули, не выдержит; 2) нарушение режима самим пациентом (положение в постели на боку, неправильное укладывание в кровать и вставание с кровати; 3) технические аспекты хода операции и зашивания грудины (сшивание порозной грудины без боковых швов, поперечные переломы створок грудины и несимметричная стернотомия). Из вышеперечисленного есть причины, на которые возможно повлиять и необходимо учитывать в индивидуальной работе с пациентом.

Нами проведено анкетирование 150 пациентов кардиохирургического отделения № 1, которым выполнялось коронарное шунтирование с применением искусственного кровообращения и доступом через срединную стернотомию. Возраст, исходное состояние пациентов, клинико-инструментальные данные, объем оперативного вмешательства достоверно не отличались в группах. Целью анкетирования было выявление недостатка информации в сфере понимания требований к пациентам в послеоперационном периоде, а также совершенствование и оптимизация работы медицинского персонала. По результатам опроса в 2015-2016 годах менее 80% пациентов владели информацией, осознавали личную ответственность и сознательно подходили к соблюдению правил и рекомендаций в послеоперационном периоде. Другие 20% пациентов, которых мы для себя обозначили как «несознательные» пациенты, не понимали и не признавали необходимости соблюдения специального режима. Пояснение было примерно таким: «операцию сделали, значит, я практически здоров». Эту часть пациентов условно можно поделить еще на две группы: первая - «все знаем, все понимаем, но не будем соблюдать рекомендации», вторая группа – пациенты абсолютно не считают важным соблюдение рекомендаций.

Поиск путей снижения частоты таких осложнений, как несостоятельность грудины, и соблюдения пациентами режима в послеоперационном периоде, стало одним из приоритетных направлений работы отделения. Сестринским персоналом проводились регулярные персональные беседы с пациентами, выполнялась методическая работа по созданным в отделении методическим рекомендациям и памяткам. Как только пациент возвращался после операции в отделение медицинские сестры проводили инструктаж. Инструктаж предусматривал объяснение пациентам таких простых правил, как ограничение употребления жидкости (фото 1); ношение бандажа (фото 2). Медсестра объясняет нужно себя вести, чтобы сберечь гру

№ 4 Октябрь-2017









ную клетку, как правильно укладываться и вставать с кровати (фото 3). Обязательна дыхательная гимнастика для профилактики осложнений со стороны дыхательной системы (фото 4).

Для того чтобы пациентам было легче понять и запомнить эти требования, коллективом кардиохирургического отделения № 1 была разработана веселая памятка, названная нами «Книга для пациента». И поскольку основная часть наших пациентов — это люди пожилого возраста, наша памятка создана в максимально облегченной для восприятия форме (рисунок 1).

На страничках нашей книги мы пытаемся объяснить несколько несложных правил лечебно-охранительного режима, которые необходимо соблюдать после перенесенной операции на открытом сердце. Правило первое: огра-



Рис. 1

ничить количество выпиваемой жидкости для профилактики возникновения отеков мягких тканей, гидроторакса, экссудативного перикардита с мокнутьем раны. Одновременно мы учим пациентов вести подсчет водного баланса. Правило второе: Обязательное ношение бандажа на грудную клетку. Правда, некоторые наши пациенты воспринимают бандаж аналогично гипсовой повязке, а значит, надев его, можно позволить себе отступить от остальных тре-

бований. Правило третье: Спать только на спине, что важно в целях профилактики несостоятельности грудины. С этим пунктом тоже связано несколько случаев, когда пациенты утверждают, что наличие бандажа автоматически освобождает их от исполнения этого правила. В целом, разрабатывая эту памятку, мы пытались донести до пациента: «Операция на сердце – это огромный труд большого коллектива. А процесс дальнейшего

выздоровления во многом зависит от отношения пациента к себе и своему здоровью». После такой работы медперсонала знание, сознательность и готовность больных выполнять все рекомендации в раннем послеоперационном периоде выросли, что, в свою очередь, достоверно снизило послеоперационные раневые осложнения. Коллектив продолжает работать над тем, чтобы свести нежелательные осложнения к абсолютному минимуму.

По результатам анкетирования, проведенного в 2017 году, на вопрос: «Знаете ли Вы, что во многом от Вас зависит успешная реабилитация после операции? Что значит строгое выполнение рекомендаций?», положительно ответили – 96,3 % респондентов. Важность

ношения бандажа понимают 89%, но почти 4% пациентов по-прежнему не воспринимают это требование всерьез. Почти 90% опрашиваемых пациентов понимают, что необходимо спать на спине и соблюдать водный баланс, но около 6% – не придают этому значения. На вопрос: «Знаете ли Вы, что необходимо постоянно (пожиз-

ненно) принимать лекарственные средства?» – утвердительно ответили 92,6%, проигнорировали 3,7% пациентов и такое же количество опрашиваемых не осознают важности лекарственной терапии. В итоге, выполнять все рекомендации готовы 87% опрашиваемых пациентов; 11,2% – ответили: «Как получится» (т. е. надеются на авосы); 1,8% (1 человек) ответил твердо «Нет» и пояснил: «У меня командировки, рыбалка и отдых на природе» (рисунок 2).

Анкетирование 2017 г

• Готовы выполнять все рекомендации

• Ответ «Как получиться»

• Ответ «Твердо нет»

Рис. 2

У пациентов после оперативного лечения на открытом сердце на фоне четкого соблюдения лечебно-охранительного режима и специально разработанного ухода восстановление физического функционирования и качества жизни происходит намного быстрее, по сравнению с пациентами, проходящими обычный курс реабилитации. Для совершенствования работы среднему медицинскому персоналу необходимо продолжать обучение правилам лечебно-охранительного режима. Стараться донести до пациентов, что они несут ответственность за свое здоровье. Это направление работы среднего медицинского персонала ведет к снижению числа «несознательных» : пашиентов.

ЛИДЕРСТВО ЧЕРЕЗ ИННОВАЦИИ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) СОСТОЯЛАСЬ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ ВОПРОСАМ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Собственная информация

Не так часто, как хотелось бы, у нас появляется возможность заглянуть в самые удаленные уголки необъятной России. Минувшим летом такой случай представился – Ассоциация средних медицинских работников Республики Саха (Якутия) совместно с Министерством здравоохранения РС(Я) и ведущими специалистами отрасли организовали прекрасную конференцию, чтобы обменятся опытом достигнутых успехов и сформулировать задачи на будущее. Мероприятие было приурочено к 25-летию ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины».

Зал Саха академического театра им. П.А. Ойунского собрал представителей сестринского дела республиканских и городских лечебных организаций, улусного здравоохранения, органов управления, руководителей медицинских организаций, образовательных учреждений и ветеранов.

Еще до открытия конференции стало совершенно очевидно, что здесь, на Севере, формального отношения к медицине нет и не будет. Здесь возможна только упорная работа на высокий результат. Руководители ведущих медицинских организаций, министр здравоохранения республики прибыли на мероприятие заранее, чтобы встретиться с лидерами сестринского дела, представителями учреждений образования и обсудить самые актуальные вопросы – подготовка и сохранение кадров, профессиональные стандарты, качество помощи.

Открывая торжественную часть конференции, Михаил Егорович Охлопков, министр здравоохранения РС(Я), тепло приветствовал участников и благодарил за работу, инициативность, полноценное участие медицинских сестер в проектах развития медицинской помощи, внедрении ультрасовременных технологий.



Николай Васильевич Лугинов, генеральный директор ГАУ РС(Я) «РБ№ 1 – НЦМ», подчеркнул в своем обращении, что все достижения центра неразрывно связаны с деятельностью специалистов сестринского дела. За четверть века НЦМ освоены такие передовые технологии, как лапароскопические операции абдоминальной хирургии, операции на открытом сердце в условиях аппарата искусственного кровообращения, трансплантация родственных и кадаверных органов, выхаживание детей с экстремально низкой массой тела, операции детям с различными врожденными пороками развития и многое другое. И все это благодаря совместной и слаженной работе профессионального коллектива НЦМ.

Лучшие специалисты республиканского здравоохранения были награждены почетными знаками, грамотами, благодарностями от лица Правительства РС(Я), Министерства здравоохранения РС(Я), Якутской городской думы, Ассоциации медицинских сестер России. За каждой наградой – не просто достойный профессиональный путь в здравоохранении, а конкретные дела, достижения, реализованные инициативы, узнать о которых больше помогла вторая – научная часть конференции.

Сразу шесть интересных и содержательных докладов было представ-

лено специалистами сестринского дела Национального центра медицины. Ирина Мордосова, главный специалист по сестринскому делу, рассказала о реализации программ наставничества, работы с персоналом, общественной деятельности, мотивации, мероприятиях, проводимых в центре на регулярной основе. Мы узнали о различных направлениях работы центра, в каждом из которых медицинские сестры играют ведущую роль. Так, в центре проводятся все виды операций на открытом сердце. Выхаживание таких пациентов - первостепенная задача медицинской сестры. Для этого специалисты прошли дополнительное обучение и стажировки, разработали и внедрили важные для работы материалы – методички для специалистов, памятки для пациентов и их близких, алгоритмы подготовки пациентов к вмешательствам, оценки состояния пациента, проведения основных сестринских манипуляций, дневник контроля артериального давления и, конечно, чек-лист, который стал обязательным документом для операционной. Одним словом, внедрены практически все известные на сегодняшний день технологии организации помощи, направленные на обеспечение ее качества и без опасности. В центре действует эксп

№ 4 Октябрь—2017

тиза качества помощи, собственная система подготовки для молодых спе-

Огромных успехов центру удалось достичь в оказании помощи роженицам и новорожденным. В Якутии это тема для отдельного разговора. Еще на этапе создания Центра охраны материнства и детства НЦМ закладывались принципы оказания помощи недоношенным новорожденным. В республике со сложными климатическими условиями и множеством труднодоступных районов имелась острая необходимость в создании своей сильной службы помощи самым маленьким пациентам. Специалисты НЦМ планомерно шли к цели выхаживания самых маленьких якутян, родившихся раньше срока с весом от 500 граммов. В отделении для недоношенных, в реанимационном блоке применяются все технологии бережного отношения к малышам, практикуются телесные контакты с мамой, прикладывание к груди даже в тех случаях, когда кормление невозможно, используется метод кенгуру, охрана новорожденных от шумов, вибраций, света. Врачи и медицинские сестры работают в сплоченной команде, борясь за жизнь и здоровье каждого маленького пациента. Организовано обучение специалистов, предусмотрена ротация кадров, чем достигается высокий профессионализм и взаимозаменяемость. Медицинские сестры мастерски владеют технологиями оказа-



ния помощи, включая постановку ЦВЛ. Значительные перемены произошли и в оказании акушерской помощи. С помощью маршрутизации пациентов из групп риска и их тщательного дородового сопровождения было достигнуто снижение количества преждевременных родов. Реализуется программа партнерских родов, доступны современные технологии оказания экстренной помощи, помощи при кровотечениях.

Каждое отделение НЦМ ориентировано на передовые технологии, а его главным достоянием являются люди – профессионалы высочайшего уровня, объединенные целью сохранения здоровья жителей города и Республики. Что и говорить, фильм, под-

готовленный Советом по сестринскому делу к юбилею центра, потряс своей энергетикой и эмоциональным настроем!

Не отстают в своих начинаниях и другие медицинские организации региона. Так, в организациях амбулаторного звена внедряется проект «Вежливая поликлиника», формируется совершенно новая среда для работы с пациентами, обеспечивающая удобство, комфорт, скорость предоставления помощи, за которыми стоят усилия многочисленных сестринских коллективов, обеспечивающих скоординированные действия по перестройке системы, по работе с пациентами, с медицинской документацией, информационными системами.

ЕМНОГО ИСТОРИИ 1990 1990 С 1970 С 1990 С 1990 С 1970 С 1960 С 1970 С 1

ервые страницы истории РАМС были насыщены решением вопросов практического характера. Именно тогда были созданы первые сестринские стандарты – «Стандарты практической деятельности». Двухтомное издание сразу же стало бестселлером, ведь это был настоящий прорыв – впервые были детально описаны основные требования и этапы проведения сестринских манипуляций.

Одной из острых проблем практического характера тогда была профилактика пролежней. Специальных устройств, матрацев, лосьонов практически не было. В отсутствие такой роскоши усилия Ассоциации были направлены на то, чтобы научить медицинских сестер решать возникающие проблемы с минимальными финансовыми затратами.

Именно этому была посвящена серия семинаров по эргономике, само понятие которой тогда же впервые вошло в нашу жизнь. Перемещение пациентов, когда рядом нет никого, кто мог бы помочь, непростая задача. Но, как оказалось, она вполне выполнима без особых физических нагрузок и безопасно для своего собственного здоровья,



если узнать и освоить приемы правильного перемещения. И отсутствие дорогостоящих механизмов – не преграда. Прямо в ходе семинара шведские коллеги мастерили их из подручных простыней и полиэтиленовых пакетов.





Большая работа также ведется в республике по специализированным направлениям помощи – пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими, туберкулезом. И по каждому направлению Республике есть чем гордиться! Одно только направление телемедицины, получившее в Якутии небывалое развитие, достойно внимания, изучения и внедрения там, где такие технологии актуальны. Лидером в их внедрении на якутской земле выступает Республиканская больница № 2, участвующая в проекте с канадским Саскачеваном и Филиппинами. Задача такого сотрудничества заключается в развитии информационных технологий для оказания помощи в труднодоступных, отдаленных территориях. Врачи и пациенты в таких районах получают возможность полномасштабной консультативно-диагностической помощи на расстоянии. Для координации усилий специалисты клиники регулярно участвуют в онлайн-конференциях с коллегами в Канаде и Филиппинах.

Когда видишь такие очевидные успехи и достижения, невольно задаешь- : нам пространством вечной мерзло- : сестры.

ся вопросом – как все это стало возможным? Что является двигателем перемен, выступает гарантией успеха? После общения со специалистами понимаешь – конечно, лидеры – всего якутского здравоохранения и профессиональной сестринской ассоциации. Аграфена Васильевна, президент региональной ассоциации, не скрывает, что ставит перед своими коллегами конкретные задачи. Организация инвестирует средства в их дополнительное обучение, стажировки, участие в конференциях - и ждет не рассказа о полученных в поездке впечатлениях, а вполне осязаемых действий и результатов - внедрения новых технологий, разработки методичек и алгоритмов. Аграфена Васильевна сама детально изучает географию инновационного развития российского здравоохранения и целенаправленно устанавливает контакты с интересующими ее клиниками и центрами, чему содействует огромная сеть региональных ассоциаций в составе РАМС.

В крае, который представляется

ты, жизнь медицинского сообщества бьет горячим ключом, а уровень медицинской помощи сопоставим со стандартами ведущих мировых клиник

В ходе конференции было подписано трехстороннее соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия), Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестер России», Региональной общественной организацией «Ассоциация средних медицинских работников Республики Саха (Якутия)» в целях обеспечения взаимодействия по выработке и реализации государственной политики в сфере развития здравоохранения среди медицинских работников со средним специальным образованием на 2017–2020 годы. Это еще раз подтверждает, с каким большим вниманием руководство Республиканского здравоохранения относится к вопросу развития и совершенствования сестринской помощи, повышения статуса и престижа профессии медицинской





17 № 4 Октябрь-2017





Десятниченко Е.Н.Медсестра ГБУЗ ЛО Волховская МБ, член РООЛО «ПАССД»

отите увидеть своих коллег другими глазами? Тогда вам на турслёт! Хотите, чтобы вас узнали с другой стороны? Туда же!!! Хотите адреналина, всплеска эмоций, заряда позитивом?.. НА ТУРСЛЁТ!!!!!

Невозможно было придумать лучшего способа для неформального знакомства, налаживания отношений и сплочения между коллективами медицинских учреждений Ленинградской области, чем активный отдых с коллегами.

21–23 июля в Приозерском районе Ленинградской области – крае великолепной природы, лесов и озёр, в посёлке Лосево на турбазе «Лена» прошёл IV спортивно-туристический слет на кубок Председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области, РОО «Врачебная палата Ленинградской области», РОО ЛО «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела», посвященный Году истории в Ленинградской области и 90-летию Ленинградской области. Девиз слета: «Помнить свою историю – быть уверенным в будущем».

Цели и задачи прошедшего мероприятия были более чем актуальны в настоящее время: возрождение лучших традиций спортивно-туристических слетов; приобщение к здоровому и активному образу жизни; развитие творческого потенциала персонала и формирования корпоративной культуры общения; пропаганда и популяризация физической культуры, спорта, туризма.

Спортивная часть турслёта состояла из соревнований с множеством этапов. Волейбол – конечно, лидерами и победителями стали коллективы, которые сыгрались, являются командой, на протяжении длительного времени и вне соревнований, чей отдых регулярно проходит в спортивном зале на волейбольной площадке. Лучно-арбалетная стрельба – соревнование, требующее высокой концентрации, выдержки, и немалой физической силы, ведь удержать и сделать меткий выстрел из весьма увесистых лука и арбалета непростая задача. Техника водного ту-

ризма – вот где в полном объёме проявилось умение работать в одной команде. Даже одно весло, гребущее не в такт коллектива, тормозит успешное выполнение поставленной задачи. Техника пешеходного туризма – несмотря на всю простоту названия этапа, участникам пришлось проявить максимум ловкости и умения, где личный результат полностью влиял на общекомандный. Перетягивание каната – наверное, один из самых азартных этапов соревнований. Участники проявляли недюжинную силу, буквально врастая в землю ногами, выкладываясь до потери последних сил и сознания. «Висячие сады» - наблюдая за спортсменами, у зрителей захватывало дух: невероятная высота, преодоление препятствий, самого себя и своего страха. Верёвочный лабиринт участники проходили парами – чёткие команды ведущего в паре, умение ведомого слушать и взаимопомощь помогали преодолеть это испытание успешно. Скалодром здесь к победе вели ловкость, цепкость, умение рассчитать траекторию подъёма и свои силы. Эстафеты ГТО – то, что не нуждается в комментариях, только исключительная физическая подготовка выявила победителей. Турнир по «Лазертагу» – динамичная игра





со спортивным азартом. Участники настолько погружались в игру, что забывали о том, что они не на поле битвы, а всего лишь на соревнованиях. Если подводило оружие (глохло), то оппоненты переходили в рукопашный бой, абсолютно не слыша команду инструктора – «Отставить рукопашную!».

Болельщики и группы поддержки – это отдельная категория участников, которую невозможно не отметить. Зачастую было непонятно, кто за кого болеет. Можно сказать, переживали все за всех. Искренняя поддержка своих команд и команд соперников исходила от зрителей. В конце турслёта спортсмены могли «похвастаться» болью в мышцах и физической усталостью, а болельщики отсутствием голоса.

Не каждый может блеснуть прекрасной физической подготовкой, но на турслёте любой желающий смог проявить себя. Умение правильно организовать бивуак, приготовить еду, красиво и интересно её подать — не менее лёгкая задача, которую оце-

нивало компетентное и беспристрастное жюри.

В творческой части все великолепно представили свои организации, любовь к своей профессии, историю родного края. Ну, а бардовские песни подхватывали и пели все участники, зрители и даже жюри.

Азарт, дружба, общение и бесконечное количество позитива – лишь малая часть эмоций, которую получили участники слёта из 17 лечебных учреждений Ленинградской области и команды дебютанта – Комитета по здравоохранению ЛО. Наверное, сложно придумать лучшее мероприятие, где медицинские работники смогли показать свою спортивную подготовку, творческое начало, сплочённость коллектива, умение радоваться победам коллег и уметь достойно проигрывать.

Безусловно, успех такого мероприятия начинается с его организаторов. Тесное сотрудничество, стремление к единой цели, взаимопонимание и уважение между Комитетом по здра-

воохранению ЛО, РОО «Врачебная палата Ленинградской области» и РОО ЛО «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» помогают уже не в первый раз организовывать и проводить мероприятия для медицинских организаций Ленинградской области.

Победители в таких соревнованиях существуют лишь номинально. Награды получили все участники в виде кубков и грамот, а самый главный подарок, который достался каждому участнику и болельщику, - отличное настроение и великолепный активный отдых с коллегами. Однако есть награда, которую хочется отметить отдельно, - это Кубок РООЛО «ПАССД» «За активное участие специалистов сестринского дела», который в IV Областном спортивно-туристическом слете медицинских работников Ленинградской области завоевала команда среднего медперсонала ГБУЗ Ленинградской областной клинической боль-





№ 4 Октябрь—2017



В ПЕКИНЕ СОСТОЯЛСЯ ПЕРВЫЙ СЕСТРИНСКИЙ ФОРУМ СТРАН БРИКС



■ Серебренникова Н.В.
Директор по международному сотрудничеству РАМС, канд. полит. наук

Предыстория

Будучи членом Международного совета медсестер, Ассоциация медицинских сестер России принимает активное участие в развитии международной политики в области здравоохранения и сестринского дела. Буквально пару лет назад китайские коллеги озвучили идею формирования более тесного альянса между сестринскими ассоциациями стран БРИКС, чтобы объединять усилия и согласовывать свою позицию при обсуждении глобальных вопросов.

БРИКС – это неформальное межгосударственное объединение Федеративной Республики Бразилии, Российской Федерации, Республики Индии, Китайской Народной Республики и Южно-Африканской Республики. Инициатором создания объединения выступила российская сторона. Первая министерская встреча в формате БРИКС состоялась по предложению Президента России Владимира Путина 20 сентября 2006 года «на полях» сессии Генеральной ассамблеи ООН в Нью-Йорке.

Представляя интересы российского профессионального сообщества, РАМС не могла не поддержать инициативу китайских коллег. Далее события развивались достаточно быстро. В ноябре 2016 года состоялось подписание Меморандума о взаимопонимании, зафиксировавшего, что страны, объединяющие порядка 40% практикующих специалистов сестринского дела и несущие в совокупности до 40% бремени заболеваний, должны работать вместе, чтобы двигаться вперед во имя преодоления имеющихся проблем. Очередным шагом на пути такого сближения профессиональных организация стал состоявшийся в Пекине Первый сестринский форум стран БРИКС. Российская делегация в составе 9 человек под руководством президента РАМС Валентины Антоновны Саркисовой прибыла в Пекин для участия в двухдневном форуме...

Программа форума

Программа форума формировалась стремительно. Лидерам сестринского

дела из Бразилии, России, Индии, Китая и ЮАР в первую очередь требовалось больше узнать о том, какова ситуация в сестринском деле и здравоохранении стран БРИКС, каковы полномочия и сфера ответственности специалистов, каковы текущие тенденции в области сестринского образования. В итоге, для первого совещания каждая страна подготовила по три презентации, осветив сильные и слабые стороны своей организации, системы оказания сестринской помощи.

Итак, давайте познакомимся.

Бразилия

Федеральный совет медсестер Бразилии был учрежден в 1973 году. Организация имеет полномочия органа, регулирующего сестринскую практику, а также деятельность младших медсестер и ассистентов. Сестринское дело в Бразилии имеет основательную законодательную платформу, в стране действует закон, определяющий сестринскую практику. Отдельный закон регулирует образование медицинских сестер. Минимальная программа профессионального образования подразумевает 4000 часов очного обучения (10 семестров), включая обязательные 20% времени, выделенного на практическую работу под наставничеством (интернатуру). Осуществляются реформы в поддержку первичного сек-

тора здравоохранения, однако, как отмечают бразильские коллеги, дисбаланс и перевес медико-ориентированной модели оказания помощи сохраняется. Ежегодно армию профессиональных и младших медицинских сестер пополняют 100 тысяч молодых специалистов, но и население растет стремительно, равно как и проблемы, связанные с хроническими заболеваниями. Особой болевой точкой Бразилии являются вспышки тропических инфекций, эффективно противостоять которым пока не удается. Угрозой дальнейшему развитию здравоохранения и медицинского образования являются финансовая нестабильность и нехватка средств на финансирование государственных медицинских и образовательных организаций.

Индия

Совет медицинских сестер Индии был создан еще раньше, в 1947 году. Организация обеспечивает единые образовательные и профессиональные стандарты сестринского дела по всей стране, вносит законодательные инициативы в парламент, регулярно оценивает содержание образовательных программ, поддерживает исследования, разработку научнообоснованных практических руководств. Совет принимает участие в аккредитации всех образовательных программ в сестринском деле – от кратких курсов до магистратуры. Причем полномочия Совета реализуются как при оценке образовательных организаций Индии, так и зарубежных, но открывающихся в этой стране. Право на профессиональную деятельность в Индии также предоставляет Совет. Одним из недавних начинаний Совета стало создание Национального консорциума PhD (по сестринской аспирантуре), эти действия необходимы для увеличения числа специалистов, подготовленных для проведения исследований. Кроме того, реализуются учебные программы по лидерству – руководители Совета убеждены, что без сильных лидеров будет сложно преодолеть имеющиеся в стране проблемы – отсутствие системы непрерывного сестринского образования, плохие условия труда, высокая текучесть кадров, отток специалистов за рубеж. В отсутствие языкового барьера профессия медицинской сестры для жителей Индии становится одним из миграционных трамплинов. В настоящее время Индийский совет медсестер работает над созданием регистра специалистов. До сегодняшнего дня в стране не было точной статистики по профессиональным кадрам. Получив право на практику, медицинская сестра может пойти работать, а может уехать из страны или просто не работать. По прошествии года ситуация прояснится, мы сможем узнать о количестве медицинских сестер в одной из самых населенных стран мира.

Южная Африка

ДЕНОЗА, а именно так звучит сокращенное наименование Демократической сестринской ассоциации ЮАР, была создана в 1996 году. Организация является не только ассоциацией, но и профсоюзом, объединяет 82 тысячи медицинских сестер, большинство из которых (80%) работают в государственных медицинских организациях. В национальном офисе работают 67 специалистов, действуют и 9 региональных представительств. Состояние здравоохранения и сестринского дела в ЮАР пока еще в значительной мере определяется предшествующей историей апартеида – с 1948 по 1994 год африканское население ЮАР было лишено многочисленных прав, в стране были выделены зоны для проживания «черного» и «белого» населения, здравоохранение также было разным. Местное население преимущественно размещалось в сельской местности, выезд за пределы районов допускался только по специальному разрешению. Больниц в таких районах не строили, это было привилегией «белых». После крушения апартеида и демократических реформ изменилась политика, но на практике обеспечить доступность помощи пока не удается. В ЮАР создан институт омбудсмена по правам на здоровье, учреждено всеобщее медицинское страхование, но страна сильно пострадала от серьезных экономических потрясений, стала одной из первых стран, столкнувшихся с эпидемией ВИЧ. Специалистов и клиник в отдаленных районах не хватает, свой гнев по поводу нехватки помощи население вымещает на практикующих работниках – проблема насилия в здравоохранении одна из самых острых. Для преодоления кризисного положения были реализованы серьезные законодательные изменения. Профессия медицинской сестры приобрела широкие полномочия. Так, чтобы содействовать борьбе с распространением ВИЧинфекции, медицинским сестрам ЮАР было предоставлено право инициировать антиретровирусную терапию.

Медицинские сестры являются основной профессиональной группой медицинских работников, уровню образования уделяется большое внимание. До 20% зарегистрированных сестер – это выпускники университетских программ подготовки, 75% зарегистрированных и дипломированных сестер готовят государственные колледжи, 5 % специалистов получают образование в частных организациях. А еще в ЮАР распространена традиционная медицина. Если со здоровьем возникают проблемы, человек сначала идет к местному знахарю, и уже потом обращается к официальным медицинским работникам.

Одной из задач, которую перед собой ставят лидеры профессионального сообщества медицинских сестер ЮАР, является интеграция традиционной и современной медицины. В частности, медицинские сестры проводят встречи с деревенскими лекарями, обучают их выявлению симптомов ВИЧ и ТБ и раннему направлению пациентов в официальные клиники. Но стремятся к большему — к изучению и использованию возможностей традиционной африканской медицины. Поучиться этому у специалистов в Китае — одна из стратегических задач альянса БРИКС.

Китай

К информации, озвученной нашими китайскими коллегами, было приковано особое внимание. И это неудивительно. Китай — крупнейшая в мире страна, одна из самых быстро развивающихся экономик мира, государство, география, история, культура которого являются отдельным предметом изучения и осмысления... Нас, прежде всего, интересовали вопросы сестринского дела.

Ассоциация медицинских сестер Ки тая была создана в 1909 году, некогда со стояла в Международном совете, затем была исключена, а в 2013 году возобновила свое полноправное членство. Организация представляет интересы 3,5 миллионов специалистов... Цифра для Китая категорически недостаточная, поэтому в стране реализуется кадровая реформа, масштабы которой выходят за рамки нашего воображения. Если еще в 2005 году в стране было 1,349 млн сестер, то сегодня их 3,5 миллиона, а целевое значение на 2020 год — 4,45 миллиона специалистов!

Введены в действие требования для регистрации специалиста в качестве медицинской сестры – это профессиональное образование не менее 3 лет, включая 8 месяцев стажировки, и сдача национального экзамена. Количество регистрированных сестер растет, однако 35% кадров составляют лица со средним профессиональным образованием. Китай нацеливается на полное исключение такого образования и переходит на бакалавриат. Осуществить такой переход сложно, поскольку в условиях интенсивного наращивания кадровых ресурсов преподавателей крайне не хватает, к качеству образования наши китайские коллеги выдвигают высокие требования.

Количественный и качественный кадровый состав важны, так как вызовы в сфере здравоохранения Китая глобальны. По имеющимся данным уже сегодня в Китае живет 250 миллионов лиц с гипертензией, 97 миллионов с диабетом, более 3 миллионов с опухолевым заболеванием. Более 16% населения Китая перешагнуло через порог 60 лет, 150 миллионов пожилых страдают от хронических заболеваний, 40 мил-

лионов имеют инвалидность. При этом план развития здравоохранения согласно «Тринадцатой пятилетке» подразумевает увеличение продолжительности жизни к 2020 году на 1 год, по сравнению с 2015 (когда данный показатель был зафиксирован на уровне 76,34 лет).

Медицина и медицинские работники в Китае пользуются большим почетом и уважением. Слайды наших китайских коллег, буклет о Китайской ассоциации содержат множество фотографий торжественных церемоний награждения лучших специалистов первым лицом страны – председателем Коммунистической партии Китая. В 2017 году награды имени Флоренс Найтингейл лучшим медицинским сестрам вручил г-н Си Цзиньпин.

Медицинские сестры постепенно становятся ведущей силой в клиниках, но ощущается их острая нехватка в первичном секторе. Не хватает и специализированной подготовки — в таких направлениях, как помощь пожилым, помощь лицам с хроническими заболеваниями и паллиативная помощь.

Одной из слабых сторон современного китайского здравоохранения, по оценкам наших коллег, является невысокий средний возраст медицинских сестер – ниже 35 лет! Да, в это сложно поверить, когда весь мир страдает от постарения кадров, а Китай, напротив, от нехватки у специалистов опыта.

Цели устойчивого развития (ЦУР) и вклад медицинских сестер

Заключительная сессия первого се- : А в соврестринского форума стран БРИКС про- : бесценен.

шла в форме круглых столов, за которыми представители разных стран обсуждали ЦУР, вклад медицинских сестер и роль нового альянса. И, конечно, делились опытом по самым волнующим вопросам. Так, за нашим столом специалисты из Индии живо интересовались успехами стран в снижении материнской и младенческой смертности. Из числа стран БРИКС самые лучшие показатели достигнуты сегодня в России. Делегаты Форума из Якутии, где, к слову, в 2016 году не зафиксировано ни одного случая материнской смертности, рассказали о действующей федеральной программе оказания помощи беременным и роженицам и особенностях ее реализации в условиях Крайнего Севера, в том числе с использованием вертолетов и возможностей современной телемедицины для своевременной госпитализации женщин из групп высокого риска.

Дискуссия позволила еще раз убедиться в том, что у каждой страны есть позитивный опыт, которым необходимо делиться, есть большой взаимный интерес, есть огромный, недооцененный потенциал взаимного информационного и профессионального обмена. Все страны БРИКС без исключения сегодня идут по пути экономического прогресса и реформ, ни одна из стран не избалована тепличными условиями префицита бюджета на здравоохранение. Однако в условиях крайней экономии все стремятся достичь максимальной пользы при минимальных затратах. А в современном мире такой опыт



Секреты традиционной китайской медицины

Первый сестринский форум стран БРИКС не стал бы столь запоминающимся без знакомства участников с традиционной китайской медициной. Неформальное начало такого знакомства состоялось накануне посещения клиники и началось с визита в местную аптеку. Координатор российской группы оказала неоценимую помощь в обсуждении препаратов, которым нет числа. Да, современные, известные нам лекарства в Китае тоже используются, но травы составляют им серьезную конкуренцию. Здесь можно найти мази, настойки, сиропы, пластыри с вытяжками из китайских растений для лечения множества симптомов и состояний. Под впечатлением от увиденного, на следующий день делегатам из России, Бразилии, Индии и ЮАР предстояло нечто большее – посещение ведущей клиники традиционной китайской медицины.

Клиника была учреждена еще в 1955 году, когда решением партии был взят курс на интеграцию традиционных и современных знаний о сохранении здоровья. Для учреждения клиники были собраны ведущие специалисты в области традиционной медицины, которые стали основателями и ведущими профессорами нового лечебного учреждения. Сегодня эта клиника по своим размерам и объему оказываемой помощи сопоставима с крупной российской областной больницей. Ежедневно здесь получают помощь 8-10 тысяч пациентов. В стационаре открыто множество отделений – онкологии, диабета, гинекологии, урологии, хирургии, акупунктуры, китайского массажа, есть отделение скорой помощи, изолятор для больных гепатитом и другими инфекциями. Здесь есть и лаборатория, отделение радиологии, УЗД, эндоскопии и функциональной диагностики. Работает своя аптека, а если говорить точнее, - настоящая фармацевтическая фабрика – больница выпускает 108 различных традиционных препаратов, действует Центр ВОЗ по изучению традиционной медицины, образовательный центр – на базе которого готовят специалистов, имеющих образование в области западной медицины, но желающих получить такую специализацию. Кстати, если медицинская сестра с современным классическим образованием захочет работать в данной клинике, то ей придется пройти дополнительное двухлетнее обучение – как раз в этом учебном центре.

Клиника не только является учебным центром – например, в ее стенах подготовлено более 1000 специалистов по акупунктуре, но и сама активно обучает своих специалистов за рубежом – в ведущих научно-исследовательских центрах и клиниках всего мира. Такой подход уже принес немало плодов – это завершенные исследования и публикации в авторитетных рецензируемых изданиях. Исследования и ведутся непрерывно – создаются и тестируются новые составы лекарственных препаратов, оценивается эффективность традиционных методик лечения различных заболеваний.

После краткого знакомства с президентом клиники, главной медицинской сестрой, руководителями различных подразделений и краткого экскурса по ведущим направлениям работы делегатам форума БРИКС была предоставлена уникальная возможность увидеть применение отдельных методов лечения на практике. В отделении онкологии с помощью акупунктуры пациентке помогают справиться с нарушением сна, в этом же отделении другой пациентке лечат боль в животе с помощью травяной грелки и массажа, в отделении традиционных методов лечения нам продемонстрировали баночный массаж, а также использование прижигания для лечения усталости. В коридорах отделений то и дело нам встречались медицинские сестры, занимающиеся с пациентами китайской гимнастикой – плавные движения под умиротворяющую мелодию призваны помочь сохранению гармонии и правильной настройке всех систем организма. Китайские коллеги прокомментировали – если у пациента есть желание позаниматься, то утром и перед обедом медицинская сестра обязательно проводит такое занятие со всеми желающими.

По пути в офис Китайской ассоциации делегаты бурно обсуждали увиденное. Под особым впечатлением были представители из ЮАР, где, напомним, традиционные методы также применяются, но в отрыве от современной медицины.



Город здоровья

Как вы понимаете, в Китае есть и современные западные клиники, однако в каждой из них имеется отделение традиционной медицины. Исключением не является и крупнейшая в Пекине больница – ПАМЧ – так сокращенно называется больница медицинского колледжа. В 1921 году она была основана Фондом Рокфеллера с прицелом стать лучшим медицинским центром в Азии. Территория клиники сопоставима с микрорайоном, множество корпусов и переходов составляют единый комплекс - по сути, целый город здоровья. Здесь работают 4 тысячи специалистов, в числе которых 5 академиков, действует 53 клинических отделения, 16 программ докторантуры, 29 программ магистратуры, многочисленные базы для повышения квалификации, переподготовки и развития специалистов. Всего в учреждении 2 тысячи коек, амбулаторный прием ежедневно проходят 17 300 человек, а стационарное лечение ежегодно получают 95 тысяч пациентов.

Двухдневная программа работы первого сестринского форума стран БРИКС подошла к концу, положив начало новым контактам, знакомствам, дружеским связям и глубокому взаимному интересу.

Одним из направлений сотрудничества станет организация профессиональных визитов и обменов, с тем чтобы специалисты из разных медицинских организаций нашей страны смогли детально познакомиться с опытом работы китайских коллег.

№ 4 Октябрь—2017 23

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

В МОСКВЕ СОСТОЯЛИСЬ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СЛУШАНИЯ ПО ПРОЕКТАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

20 — 21 сентября в Москве на базе Всероссийского учебно-научно методического центра Минздрава России прошло масштабное совещание по вопросам профессиональных стандартов (ПС) среднего медицинского персонала. В совещании приняли участие представители общественных организаций – разработчиков ПС, представители Минздрава России, эксперты – представители образовательных организаций.

Тон работе экспертных групп задала директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяна Владимировна Семенова. В ее выступлении были четко обозначены основные условия работы групп – на данном этапе мы разрабатываем только ПС по базовым программам образования для выпускников медицинских колледжей 2018 года. Профессиональные стандарты по видам профессиональной деятельности, требующим дополнительного профессионального образования (те, которые мы ранее называли специализациями), будут разрабатываться в течение года, чтобы с 2019 года стала возможной аккредитация всех средних медицинских работников.

Напомним, что номенклатура специальностей среднего медицинского персонала включает на сегодняшний день 9 специальностей, соответственно 9 рабочих групп провели анализ текстов ПС, содержащих все необходимые правки на 20 сентября. Эксперты РАМС представили разработанные ассоциацией стандарты по специальностям «Медицинская сестра», «Фельдшер» и «Акушерка». В первой группе работу по ПС медицинской сестры проводили президент РАМС В.А. Саркисова и эксперт Л.Г. Неженцева; во второй группе по ПС фельдшера – исполнительный директор РАМС В.В. Самойленко и в третьей, по ПС акушерки – председатель специализированной секции «Акушерское дело», главная сестра ГБУЗ Тюменской области «Перинатальный центр» Н.С. Швецова.

Теперь, постфактум подводя итоги, надо сказать, что это было самое сложное обсуждение за весь период работы с ПС (а он длится с 2008 года) – в кратчайшие сроки необходимо было не только вычитать и привести в соответствие с нормативными документами большой и объёмный текст, но и примирить все, зачастую противоречивые позиции экспертов. С удовлетворением отметим, что в большинстве случаев этого удалось достичь.

Подведем итоги:

1. Тексты профессиональных стандартов «Медицинская сестра», «Фельдшер» и «Акушерка» выверены, согласованы всеми участниками обсуждения и представлены в оконча-

тельной редакции. ПС по все остальным видам профессиональной деятельности (включая лаборанта, медицинского оптика-оптометриста и т.д.) были разработаны и представлены соответствующими группами экспертов.

- 2. Уже на следующий после обсуждения день тексты были направлены для согласования во все заинтересованные департаменты Министерства здравоохранения, где им обещают максимально быстрое рассмотрение.
- 3. С вероятностью, близкой к 100%, мы можем быть уверены, что профессиональные стандарты по всем специальностям будут утверждены до нового года.
- 4. Сразу по утверждении профстандартов (а по факту уже сейчас, после понимания их смыслового наполнения) рабочие группы представителей профессионального образования начнут актуализацию федеральных государственных образовательных стандартов так, чтобы подготовка студентов колледжа в новом 2018/19 учебном году началась уже в соответствии с требованиями профессионального сообщества, сформулированными в ПС.

5. Еще одна образовательная задача должна быть решена в течение 3 месяцев – разработка контрольно-оценочных материалов, необходимых для подготовки выпускников колледжей к профессиональной аккредитации 2018 года. В соответствии с требованиями законодательства тренировочные материалы должны быть опубликованы за полгода до аккредитации, то есть в нашем случае – сразу после нового года.

К сожалению, некоторые вопросы остались не разрешенными до конца. В частности, В. Самойленко был вынужден оформить особое мнение члена экспертной группы, не согласившись с предложенным для фельдшера квалификационным уровнем. Авторы вынесенной на обсуждение редакции ПС предложили установить для фельдшера 5-й квалификационный уровень, такой же, как и для медицинской сестры. Учитывая, что квалификация фельдшера предполагает несоизмеримо более высокий уровень ответственности, самостоятельный прием и лечение пациента, самостоятельную работу, иногда в сотнях километров от ближайшего врача, — РАМС не может согласиться с такой позицией. Изначально в проекте РАМС был заложен 6-й квалификационный уровень, и РАМС намерена отстаивать этот показатель.

Непосредственно сразу после оформления текстов ПС последует их размещение на сайте РАМС для окончательного общественного обсуждения. Мы надеемся на широкую активность членов ассоциации в обсуждении важнейшего для профессиональной отрасли документа.

Больше комфорта, больше молока –

естественно

Разработанный совместно с ведущими экспертами в области грудного вскармливания, инновационный молокоотсос Philips Avent позволяет сцедить больше молока для малыша с комфортом для мамы и, при необходимости, хранить его в специальных контейнерах или пакетах так долго, как это потребуется.¹

Индивидуальный банк грудного молока, созданный с помощью решений Philips Avent позволит маме сохранить кормление малыша грудным молоком в случае непредвиденных ситуаций или если ей необходимо отлучаться из дома.



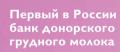
1. Сцеживание

2. Хранение

3. Кормление

Молокоотсосы Philips Avent серии Natural – на 25% больше молока!

Клинические исследования, проведенные в ФГАУ «Научный центр здоровья детей» доказали, что молокоотсос Philips Avent серии Natural позволяет маме сцедить на 25% больше молока, чем при использовании классического молокоотсоса.² За счет чего это достигается?



Миссия Philips Avent — больше грудного молока большему количеству детей как можно дольше, поэтому не случайно, что первый

в стране банк донорского грудного молока был создан в ФГАУ «Научный центр здоровья детей» при поддержке бренда. Philips Avent гордится участием в такой социально важной инициативе, в рамках которой стало возможным обеспечить ценным грудным молоком особо уязвимых недоношенных малышей в ситуациях, когда молоко матери отсутствует.



Удобная поза при сцеживании для более легкого выделения молока

Уникальная конструкция молокоотсоса позволяет женщине принимать более удобную позу при сцеживании, без необходимости наклоняться вперед. Это способствует большему комфорту и расслаблению мамы, естественным образом обеспечивая более легкое выделение молока, и, как результат, в большем количестве.



Имитация сосания ребенка для эффективного сцеживания

Во время работы молокоотсос имитирует естественное перистальтическое сосание груди ребенком, совмещая массаж околососковой области, который воспроизводит «лепестковый» массажер, с деликатным вакуумом. Силиконовый массажер в форме пяти лепестков имеет теплую на ощупь бархатистую поверхность, позволяющую маме еще больше расслабиться во время сцеживания.



Режимы стимуляции и сцеживания молока

В самом начале сцеживания молокоотсос работает в режиме стимуляции выделения молока, имитируя частые поверхностные сосательные движения малыша. Далее, когда молоко начнет поступать, мама может выбрать один из трех режимов силы сцеживания, который для нее наиболее комфортен³.

¹Максимально рекомендованный срок хранения грудного молока в контейнерах Philips Avent - 3 месяца. Влияние замораживания и длительности хранения сцеженного грудного молока на его пищевую, биологическую ценность и микробиологическую безопасность. Авторы: Лукоянова О. Л., Боровик Т. Э., Беляева И. А., Маянский Н. А., Катосова Л. К., Калакуцкая А. Н., Зубкова И. В., Мельничук О. С. Вопр. совр. педиатрии. 2011; 10 (1): 24−29. ²Клиническая оценка эффективности применения ручных молокоотсосов Philips AVENT серии Natural и серии Classic. Авторы Лукоянова О. Л., Боровик Т. Э., Беляева И. А., Научный центр здоровья детей РАМН, Москва. Указаны данные для объема сцеженного молока за 15 минут сцеживания. Вопр. совр. педиатрии. 2012; 11 (4):182.186. ³ Для довужения в применения ручных молокоотсов Райгия в применения в





Опыт многопрофильной клиники в организации рентгенхирургической помощи пациентам с острым инфарктом миокарда в режиме 7/24

■ Верстова И.В., Кондрашкина Л.А., Сапронова Т.В., Коваленко Л.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

роблема лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы на протяжении последних десятилетий остается одной из наиболее актуальных и приоритетных задач мирового и отечественного здравоохранения (рис. 1, рис. 2).

Улучшение помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, является приоритетным направлением программы развития московского здравоохранения. В декабре 2013 года вышел приказ Департамента здравоохранения г. Москвы «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST». Для реализации этой программы в 29 медицинских центрах города были созданы сосудистые центры – специализированные отделения, предназначенные для оказания экстренной : и плановой помощи пациентам в слу-

чае инфаркта, инсульта, острого коронарного синдрома. 24 таких центра специализируются на лечении острых инфарктов миокарда в режиме 7/24, составляя так называемую инфарктную сеть. Инфарктная сеть охватывает все этапы проведения реперфузии: от вызова скорой помощи до введения катетера в коронарную артерию.

Для каждого из этих этапов существуют международные нормативы, рассчитанные таким образом, чтобы суммарное время от обращения к врачу до начала ЧКВ не превышало двух часов: с момента приезда скорой помощи (СП) до дверей клиники не более 60 мин и с момента поступления пациента в клинику до ЧКВ не более 60 мин (рис. 3). В результате работы инфарктной сети за четыре года в Москве количество умерших от инфаркта миокарда уменьшилось в 2,8 раза (от 4,2 тыс. человек в 2012 году до 1,5 тыс. в 2016 году). Десять лет назад больничная смертность от острого инфаркта составляла 30%, в 2016 году этот показатель - 6,7 %.

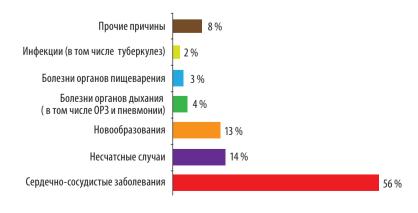
В институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского оказывают помощь пациентам с инфарктом миокарда в режиме 24 часа в сутки семь дней в неделю. В 2012 году был открыт сосудистый центр, который стал региональным (головным центром).

Сосудистый центр функционально объединяет 6 структурных подразделений, оказывающих помощь пациентам с острым коронарным синдромом:

- отделение неотложной кардиологии для больных инфарктом миокарда (ПИТ – 6 коек, стационар – 34 койки);
- отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (3 ангиографических комплекса + мобильная С-дуга);
- отделение неотложной кардиохирургии, вспомогательного кровообращения и трансплантации сердца;
- отделение неотложной коронарной хирургии;
- отделение неотложной клинической кардиологии с методами неинвазивной функциональной диагностики (КРО – 8 коек, отделение – 40 коек).

Благодаря структуре института, материально-техническому обеспечению, слаженной работе всего персонала и грамотной маршрутизации пациента мы имеем возможность оказывать специализированную помощь в кратчайшие сроки.

Для того чтобы оказать помощь максимально быстро и качественно, мы





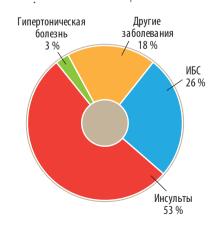


Рис. 2. Сердечно-сосудистые заболевания в структуре смертности жителей

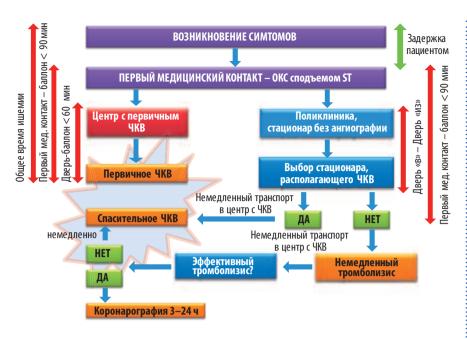


Рис. 3. Маршрутизация пациентов ОИМ с подъемом ST

комплексно подходим к решению задачи:

- маршрутизация больных;
- оснащение операционного блока;
- использование одноразовых наборов;
- использование трансрадиального доступа;
- современные системы обеззараживания операционной;
- обучение персонала;
- подготовка новых кадров для работы в рентгеноперационной.

В целях оптимизации оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в институте был

утвержден алгоритм действий персонала и маршрутизации пациента с момента поступления до выписки из стационара.

Кроме того, как только «скорая» сообщила, что везет больного с инфарктом миокарда на центропункт скорой помощи, оттуда по специальной системе «АС-стационар» в стационар идет информация, и в кардиореанимации, в ПИТе вспыхивает экран, на котором красным обозначено, что едет больной с острым инфарктом миокарда. За это время разворачивается рентгеноперационная. Такого больного везут не в приемный покой, а прямо к дверям кардиореанимации или ПИТа.

Там его в течение нескольких минут еще раз осматривает врач, и больной едет прямо на операционный стол. Каждая минута промедления – гибель клеток сердца. Мы боремся за то, чтобы больной не просто выжил, но и сохранил сердечную мышцу.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения является важным звеном в алгоритме оказания помощи пациентам с ОИМ.

Экстренное первичное ЧКВ является наиболее эффективным методом восстановления кровотока по инфаркт-связанной артерии. Оно позволяет полностью восстановить коронарный кровоток более чем в 90% случаев с низким (3%) риском повторной окклюзии.

Все операционные оснащены оборудованием и инструментарием согласно требованиям Приказа МЗ РФ от 15.10.12 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (рис. 4). К моменту поступления пациента бригада врачей и средний медицинский персонал готовы немедленно приступить к работе.

Для быстрой подготовки операционного стола мы используем одноразовые стерильные комплекты, в которые входит необходимое для начального этапа работы белье для операционной бригады и пациента, перевязочный материал, емкости для растворов, стерильная защита на усилитель рентгеновского изображения. Это сокращает время подготовки к исследованию.

Сейчас в 90% случаях мы используем трансрадиальный (лучевая артерия) доступ, который имеет много преимуществ: малая травматичность артерии, не требуется подготовка перед вмешательством, минимальная вероятность опасного кровотечения, не требуется строгий постельный режим, удобство для пациента, минимальное количество анестетика, минимальное время облучения, экономическая выгода, и, главное для нас, скорость – короткий гемостаз и, соответственно, сокращение времени процедуры.

Для введения контрастного вещества в сосудистое русло мы используем автоматизированную систему ACIST CVi (рис. 5). За счет необходимости установки системы только 1 раз в день, использования многоразовой



Рис. 4. Оснащение рентгеноперационной

№ 4 Октябрь—2017 27





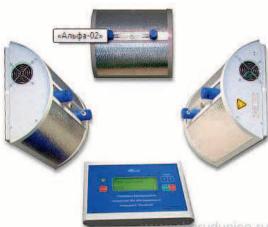


Рис. 6. Бактерицидная импульсная установка «АЛЬФА-02»

колбы в сочетании с одноразовым стерильным комплектом расходных материалов время подготовки к процедуре сокращается в 2 раза, а время ангиографии сокращается на 25 %. Точный ручной контроль введения обеспечивает уменьшение объема используемого контраста. При этом полностью отсутствуют «отходы» контраста за счет многоразового использования колбы неиспользованный контраст остается во флаконе и используется во время следующей процедуры. Экономия контраста составляет от 10 до 39 %.

Для эффективной командной работы и взаимозаменяемости все операционные сестры овладели навыками работы с дополнительной лечебной и диагностической аппаратурой. Это очень важно в системе круглосуточной работы, когда остается только дежурная бригада.

Чтобы сократить время уборки и обеззараживания операционной, используем бактерицидную импульсную установку для обеззараживания помещений «АЛЬФА-02» (рис. 6).

Стационарная импульсная ультрафиолетовая установка предназначена, в первую очередь, для экстренного обеззараживания (в считанные минуты с эффективностью 99,9%) воздуха и поверхностей в помещениях от всех видов микрофлоры (бактерии, вирусы, грибы), в том числе от устойчивых форм микроорганизмов (плесневые грибы, споровые формы микроорганизмов, микобактерии и т. д.). Для учета времени работы установки не ведется журнал, так как имеется встроенный счетчик времени работы лампы.

В нашем институте установлено оборудование «Экодаз», которое пред-

назначено для обеззараживания медицинских отходов класса «Б» и «В» методом паровой стерилизации с предварительным измельчением. Установка «Экодаз»:

- полностью автоматизированная система, позволяющая постоянно контролировать и выдерживать параметры процесса стерилизации;
- предварительное измельчение обеспечивает изменение физических свойств отходов и невозможность повторного использования;
- после обработки отходы обеспечивают IV класс опасности согласно СанПин 2.1.7.1386–03.

Дезинфекция отходов раньше занимала очень много времени, теперь освободившееся время можно использовать для списания инструментов, подготовки к предстоящей операции, общению с пациентом.

Большое внимание уделяется обучению персонала:

- все врачи имеют сертификат по специальности «Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» и тематическое усовершенствование по курсу «Радиационная безопасность»;
- все сестры имеют сертификат «Операционное дело», тематическое усовершенствование по курсу «Радиационная безопасность» и тематическое усовершенствование по курсу «Основы работы в рентгенхирургической операционной» (на базе учебно-методического центра Medtronic Academia);
- ежемесячно на базе нашего института проходят заседания рентгенохирургического общества, на котором специалисты разных
 травматичны, болжают до минимум циональную трав мически выгодны.

клиник Москвы делятся своим

Очень обнадеживает то, что НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского совместно с кафедрой последипломного образования начинает подготовку по созданию программ тематического усовершенствования врачей и медицинских сестер.

Для подготовки квалифицированных кадров, знающих специфику нашей работы, мы тесно сотрудничаем с медицинскими колледжами.

Наши результаты:

- в период с 01.01.2014 по май 2017 года в нашем институте с использованием рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения обследовано и пролечено более 6000 пациентов с различными проявлениями ОИМ;
- время от поступления пациента в стационар до восстановления кровотока по инфаркт-зависимой коронарной артерии сократилось и составляет менее 60 мин;
- среднее время процедуры чрескожного коронарного вмешательства при ОИМ не превышает 30–50 мин;
- удалось приблизить данные по летальности больных ОИМ с подъемом ST в нашем лечебном учреждении в 6–8% к общемировым значениям.

Сегодня можно с уверенностью утверждать, что будущее отечественной медицины зависит от развития высокотехнологичных, малоинвазивных методов лечения. Эти методы малотравматичны, более эффективны, снижают до минимума физическую и эмоциональную травму пациента, экономически выгодны.



Современный подход к организации работы с хирургическим инструментарием. Влияние аудита на длительность использования хирургических инструментов



Кожура Ирина Геннадьевна

Старшая медицинская сестра ЦСО ФГБУ «Федеральный центр сердечнососудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Красноярск), Россия

> Практика без теории ценнее, чем теория без практики. Квинтилиан

едеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Красноярск) (далее по тексту – Центр) начал свою медицинскую деятельность с 10 сентября 2010 года в рамках прио-

ритетного национального проекта «Здоровье» с целью повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Ежегодно специализированную медицинскую помощь в Центре получают более 6000 граждан Российской Федерации.

Центр оснащен самым современным диагностическим, хирургическим и вспомогательным оборудованием, позволяющим проводить весь спектр диагностики и оперативных вмешательств как малоинвазивным способом, так и на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения.

Централизованное стерилизационное отделение расположено на 2-м этаже, в непосредственной близости к операционному отделению и отделению анестезиологии-реанимации, по принципу шаговой доступности и обслуживает все отделения Центра. Это самостоятельное отделение представляет собой комплекс взаимосвя-

занных помещений, оснащённых современным оборудованием преимущественно производства Getinge:

- две моечно-дезинфекционные машины проходного типа;
- две ультразвуковые мойки;
- сушильный шкаф;
- воздушные и водные пистолеты;
- термозапаивающие машины;
- два форвакуумных стерилизатора проходного типа;
- низкотемпературный стерилизатор Sterrad 100S.

Парк хирургического инструмента клиники на 90% состоит из надежного и качественного хирургического инструмента производства AESCULAP.

Устройство и оснащённость отделения современным оборудованием позволила организовать работу по европейскому типу. Это предполагает, что весь инструментарий и перевязочный материал находится на балансе ЦСО, а не в подразделениях клиники. В подразделения Центра хирургический инструмент и перевязочный материал выдаются в стерильном виде.



№ 4 Октябрь—2017

Штат сотрудников стерилизационного отделения состоит из одной ставки старшей медицинской сестры и 11 ставок среднего медицинского персонала, на которых фактически работает 8 человек. У всех медицинских сестер отделения имеются сертификаты по специальности «Операционное дело». К сожалению, несмотря на большой операционный опыт в ведущих хирургических клиниках города, опыта работы на современном дезинфекционном и стерилизационном оборудовании в современном ЦСО у нас не было.

На начальном этапе работы внутри отделения была проведена большая подготовка по организации медикотехнологического процесса:

- разработаны алгоритмы работы;
- проведено обучение персонала отделения по всем этапам производственного цикла;
- налажено взаимодействие с технической службой, обеспечивающей работу отделения;
- разработана и адаптирована под работу отделения необходимая документация;
- проведено обучение персонала всех подразделений Центра по обороту многоразовых медицинских изделий и особенностям работы отделения ЦСО;
- скомплектованы наборы операционного белья, перевязочного материала, наборы инструментов.

Проведя большую подготовительную работу, имея хороший технический потенциал оборудования и хирургического инструмента, но ввиду отсутствия опыта работы мы упустили ряд очень важных моментов, а именно:

- валидация и верификация настройки программ моечно-дезинфекционных машин на первоначальном этапе;
- подбор детергентов, моющих и дезинфицирующих средств;
- уход за инструментами.

Эти упущения привели к серьезным последствиям в процессе дальнейшей эксплуатации хирургического инструмента.

До конца 2010 года в рамках выполнения государственного задания Центром было проведено 250 оперативных вмешательств. Нами было сделано 4560 азопирамовых проб. Из них 1824

оказались положительными, что составило 40% от общего количества проб. Ввиду того, что параметры программы моечных машин не соответствовали заявленным, а именно, не отмывали остатки лекарственных средств, биологических жидкостей, а коагулировали их на поверхности МИ (температура на стадии ополаскивания - 60°C), хирургический инструмент начал терять свои функциональные качества, появились различные «заболевания» инструмента. Обращения за помощью к специалистам сервисного центра, обслуживающим наше оборудование, к сожалению, не находили отклика. И только во второй половине 2011 года, благодаря совместной работе с инженерной службой нашего Центра, удалось привести параметры встроенных программ в соответствие с инструкциями к оборудованию.

| Год | Опера- тивных вмеша- тельств | Азопира- мовая проба | Положи- тельный результат | % |
|------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|----|
| 2010 | 250 | 4560 | 1824 | 40 |
| 2011 | 3966 | 43 873 | 7897 | 18 |

Для того чтобы повысить надежность дезинфекции, не снижая качества стерилизации, мы пересмотрели весь технологический процесс. В результате пришлось вернуть первые этапы обработки: отмывание и дезинфекцию на местах использования в операционных и клинических отделениях. Это усугубило со-

стояние инструмента, так как эти этапы обработки вышли из-под нашего контроля. Существенно увеличился расход дезинфицирующих средств. Путем возврата к ручному методу обработки нам удалось сократить количество положительных азопирамовых проб в 2011 году, но мы понимали, что это не выход из сложившейся ситуации.

Помощь в решении наших проблем предложил производитель инструмента путем возможности проведения аудита хирургического инструмента специалистами сервисного центра.

Цель аудита:

- анализ состояния хирургического инструмента;
- анализ условий обработки хирургического инструмента;
- предоставление рекомендаций по итогам аудита.

Аудит выявил большое количество проблем, например:

- Предварительная очистка и дезинфекция проводится в операционном отделении, из-за этого состояние инструмента отличается от набора к набору.
- Имеются загрязнения замковых частей хирургического инструмента.
- Использование в дезинфекционно-моечных машинах водопроводной воды с повышенной жёсткостью.
- Неправильная загрузка МИ в дезинфекционно-моечные машины.



- Нет специальных сеток и держателей для обработки деликатного инструмента и моторных систем.
- Отсутствует уход за инструмента-
- Перегружены контейнерные системы.

В результате проведенного анализа технического состоянии хирургического инструмента и анализа условий обработки, нам были предоставлены рекомендации. Поэтапное выполнение этих рекомендаций позволило значительно улучшить состояние инструмента. Эти улучшения были отмечены в результатах второго аудита, который состоялся спустя год после первого. По результатам первого и второго аудита мы провели работу, которая заключалась в следующем:

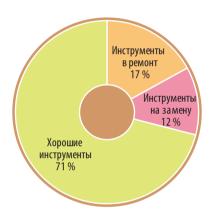
• Большое значение уделили обучению. Сотрудники отделения прошли обучение на специализированных курсах по программе дополнительного профессионального образования «Современные аспекты работы с хирургическим инструментарием. Стерилизация, дезинфекция» на базе Государственного : бюджетного учреждения высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова». Ежемесячно в отделении

- большое значение уделяется правильному уходу, обработке, изучению функциональных характеристик, составу сплавов хирургических инструментов.
- Большое значение уделили уходу за инструментом. Были приобретены средства по уходу.
- Дополнительно оборудованы рабочие места – установлены воздушные пистолеты, приобретена лампа с лупой.
- Приобретены дополнительно контейнерные системы.
- Взята на контроль работа с хирургическим инструментарием в операционном отделении.
- Проведена работа с водоподготовкой.
- Заключены договора на ремонт и сервисное обслуживание моторных систем и хирургического инструмента.

И вот в 2016 году мы подошли к очередному аудиту инструмента. Для проверки было предоставлено более 90% всего инструментария, находящегося в работе в настоящее время, это все операционные наборы и штучный инструмент в стерильных упаковках из операционного отделения. Также предоставлены для экспертизы те инструменты, которые были приготовлены на списание и ремонт.

верситет имени И.И. Мечнико- Результат проверки порадовал ва». Ежемесячно в отделении не только нас, но и сотрудников серпроводятся конференции, где висного центра. 71 % хирургического

инструментария находится в хорошем состоянии, 17% — инструмента требует ремонта и 12% инструмента подлежит замене. Специалисты отметили, что благодаря их рекомендациям, адекватному уходу, правильной организации всего процесса оборота инструмента нам удалось восстановить и сохранить хирургические инструменты в хорошем состоянии. Письменных рекомендаций по уходу за хирургическими инструментами нам не предоставили, но на словах пожелали продолжать работать с такими же успехами.



Стоит отметить, что аудит проходил по инициативе производителя хирургического инструмента, без финансовых затрат с нашей стороны. Рекомендации, предоставляемые после мониторинга, позволили систематизировать работу отделения ЦСО, улучшить уход за инструментами и, что очень важно, продлить их жизненный цикл.

Хирургические инструменты являются неотъемлемой частью оснащения любой хирургической клиники. В настоящее время в связи с интенсивным внедрением новых технологий оперативных вмешательств и высокотехнологичных методов лечения различных хирургических заболеваний появляются новые, сложные и достаточно дорогостоящие хирургические инструменты, которые требуют специальных подходов к обработке в соответствии с инструкциями производителя. Одной из главных задач отделения ЦСО является сохранность дорогостоящего, сложного хирургического инструментария в рабочем состоянии как можно дольше.



№ 4 Октябрь—2017 31

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Ситякова Наиля Нурулловна

старшая медицинская сестра, КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»

Мальцева ЕкатеринаАлександровна

врач-психиатр, заместитель главного врача, канд. мед. наук КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева»

«В наши планы включено существенное развитие диспансерного наблюдения за лицами из групп риска, повышение эффективности профилактических программ, внедрение позитивного опыта по расширению функций среднего медицинского персонала...

... Все структурные преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе и за счет сокращения неэффективных затрат.

> В.И. Скворцова, доклад Итоговой коллегии МЗ РФ «Об итогах работы»

деятельности любой медицинской организации существует направление по профилактической работе с пациентами. С целью совершенствования медицинской помощи и сокращения неэффективных затрат в нашей больнице было проведено исследование социальной адаптации пациентов с психическими нарушениями. В результате исследования мы получили данные о необходимости расширения профилактической работы по гигиеническому обучению пациентов и реабилитационных программ, таким образом, возникла необходимость расширения роли сестринского персонала больницы.

Расширение роли среднего медицинского персонала предполагало:

1. Увеличение времени проведения профилактической беседы с пациентом до 40 минут.

- 2. Ежедневное проведение гигиенического обучения пациентов с применением информационных технологий, плакатов, сборников информационных материалов по темам и раздачей информационных брошюр.
- 3. Проведение дискуссий с применением методов комплаенса.
- 4. Определение уровня качества жизни для разработки индивидуального похода к проведению профилактической работы.
 - 5. Осуществление мониторинга.
- 6. Анализ результатов скрининга. Медицинские сестры приобрели следующие навыки:
- 1. Владение навыками работать с информацией, владение навыками правильно вести профилактические беседы.
- 2. Владение навыками расположить к себе пациента, владение методами комплаенса.
- 3. Владение коммуникативными навыками и индивидуальный подход.
 - 4. Владение работы с компьютером.
 - 5. Владение методами мониторинга.

В рамках выполнения должностных обязанностей каждая медицинская сестра обязана проводить санитарнопросветительную работу среди пациентов и их родственников по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и пропаганде ЗОЖ. Дополнительное обучение медицинских сестер с целью расширения роли было решено провести по заранее утвержденному плану. Медицинским сестрам рассказали о законодательной базе по гигиеническому обучению населения (нормативные акты, должностные инструкции), еще раз напомнили о важности качественного проведения профилактических бесед, индивидуального подхода. Отдельное внимание мы уделили развитию практических навыков по проведению бесед и дискуссий.

Беседы проводятся в вечернее время, когда пациенты свободны от процедур. В задачи медицинской сестры входит установление доверительных отношений с пациентами, их на-

строй на диалог. Пациенты рассказывают о своем видении проблемы, своих знаниях о конкретных заболеваниях, а медицинские сестры корректируют знания и убеждают в правильном отношении к болезни.

Для более полного понимания и правильного проведения профилактической беседы с пациентами подготовлены тематические плакаты, разработаны методические пособия:

- 1. Сборник по гигиеническому обучению населения, где отражены основные заболевания и часть специальной информации, которая может понадобиться сотрудникам медицинского учреждения любого типа в практической работе (информационные источники: КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» и ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России);
- 2. Методическое пособие по проведению профилактического консультирования

Практика консультирования быстро прижилась, так как гигиеническое обучение уже стало частью реабилитационных программ. Сами специалисты отметили, что благодаря постановке дополнительных задач и обучения уровень профессиональных знаний заметно возрос. Многие заметили, что благодаря выполнению новой роли стали более ответственно относиться к собственному здоровью. В результате предпринятых действий роль медицинской сестры в работе полипрофессиональной бригады и социальной реабилитации пациентов существенно выросла.

Конечно, не обошлось и без трудностей – не все специалисты с воодушевлением отнеслись к новой задаче, но здесь большую роль сыграли старшие медицинские сестры подразделений, которые вели разъяснительную работу среди персонала, опираясь на законодательную базу и успешный опыт коллег.

В медицинской профилактике одним из ключевых методов является профи-



В 2004 году РАМС приступает к реализации проекта по совершенствованию сестринской помощи в психиатрии. В сотрудничестве с коллегами из Швеции проводятся семинары для специалистов службы, в ходе которых обсуждаются содержание сестринской помощи, полномочия медицинской сестры по обучению пациента. На первых этапах



лактическое консультирование. Роль медицинской сестры крайне важна, так как именно она является самым близким к пациенту профессиональным медицинским работником. В ходе беседы с пациентом медицинская сестра плавно переходит на профилактическое консультирование по поводу сохранения психического здоровья.

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска обострений психического расстройства. Профилактическое консультирование должно носить адресный характер и включать:

- информирование пациента об имеющихся у него факторах риска психических заболеваний, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению и отказу от вредных привычек, повышающих риск заболевания или его обострения и других врачебных назначений;
- обучение пациента практическим навыкам с использованием преимущественно недирективных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с пациентом, что очень важно при обучении.

новые знания не принимаются. Слишком сильно в отечественном здравоохранении укоренилось представление о второстепенной роли медицинской сестры, о том, что ее задача – просто выдать пациенту препарат и проконтролировать его прием.

Тем не менее медицинские сестры начинают делать первые шаги в сторону обсуждения с пациентами лекарственной терапии, заболевания, начинают более тесно взаимодействовать с родственниками и отмечают очевидные плюсы – приверженность лечению возрастает, а случаи агрессивного поведения пациентов сокращаются.

В ходе заключительной конференции проекта в 2007 году формируется специализированная секция РАМС «Сестринское дело в психиатрии», начинается тесный обмен опытом, мате-

По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни.

Итоги внедрения:

- 1. Пациенты стали больше придерживаться ЗОЖ, стали активно заниматься спортом, многие бросили курить (это показали результаты опроса пациентов и персонала).
- 2. Пациенты стали ответственно относиться к своей болезни и к приему лекарственных средств. Могут самостоятельно контролировать обострения заболевания, обращаясь к амбулаторному психиатру, чем снижают частоту госпитализации в стационар. Частота госпитализаций снизилась, также сократилось число тяжелых случаев обострения заболевания (основание: статистические показатели деятельности КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева).
- 3. Меньше пациентов стало поступать с хроническими заболеваниями, пациенты стали более образованы и социально адаптированы, улучшилось качество жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами (основание: статистические показатели деятельности КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева).

Анализ полученных результатов свидетельствует о стабильности достигнутых качественных показателей работы стационара:



риалами между специалистами из разных регионов, выходит в свет специализированная литература для медицинских сестер психиатрической службы.

Итоги этого проекта и работа секции приводят лидеров Ассоциации к мысли о том, что таких специализированных секций должно стать больше. С 2008 года Ассоциация берет курс на создание групп специалистов по разным направлениям клинической практики.

- снижение средней длительности пребывания выписанного больного со 156,6 дней в 2015 году до 118,3 дней в 2016 году;
- в сравнении с 2015 годам уменьшилось количество поступивших больных в стационар: 2014 год 4876 чел., 2015 год 4807 чел., 2016 год 4696 чел.;
- повторная госпитализация за последние 4 года остаётся стабильно низкой (2013 год 15,6%, 2014 год 11,8%, 2015 год 11,9%, 2016 год 12,8%). Данный показатель значительно лучше общероссийского. Остаётся стабильно низким продолжительность одного случая временной нетрудоспособности (31,7 в 2013 г., 29,7 в 2014 г., 33,1 в 2015 г., 31,9 в 2016 г.).
- В течение 2016 года в сравнении с 2015 годом удалось достичь снижения количества пациентов с длительными сроками госпитализации (2014 год 26,6%, 2015 год 21%, 2016 год 20,6%)

Данные показатели тесно связаны с участием в лечебном процессе полипрофессиональных бригад, реализацией психообразовательных программ, а также с укреплением профилактической работы по гигиеническому обучению пациентов в стационаре, улучшением работы амбулаторной службы.

№ 4 Октябрь-2017 33

ВЛИЯНИЕ БУЛЛИНГА НА РАБОТУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РОССИИ

- **Бучко О.А.**
 - руководитель секции PAMC «Сестринские исследования»
- Рэйчел ДиФазио

д-р философии, RN, PPCNP-BC, FAAN

Джудит Весси

д-р философии, DPNP, MBA, FAAN

Саркисова В.А.

президент РАМС

■ Четвериков Д.В.

д-р псих. наук

Серебренникова Н.В.

канд. полит. наук

уллинг – одна из острых проблем современного общества – приобретает все более высокую актуальность в профессиональной медицинской среде. Ранее буллинг рассматривался исключительно как социальный феномен, широко распространенный в детско-подростковой среде, школах и семьях. Среди его признаков неравенство сил агрессора и жертвы, повторяемость насилия и острая эмоциональная реакция жертвы.

Многие из этих факторов присутствуют и в России. Имеются данные о том, что в школьной среде буллинг уже получил широкое распространение. Так, 44% российских детей в возрасте 11 лет и 27% 15-летних подростков становятся объектами издевательств и насмешек, 42% школьников признаются, что сами практиковали буллинг, причем 20% – многократно. Подобные поведенческие тенденции переносятся во взрослую жизнь и, соответственно, в профессию.

Сообщения о проявлениях буллинга в профессии медицинской сестры относятся к последнему десятилетию – в США, Великобритании, Западной и Восточной Европе, на Ближнем Востоке, в Африке, Юго-Восточной Азии и Океании.

Буллинг на рабочем месте – это серьезная проблема, ведь он оказывает негативное влияние на качество ухода за пациентом, а также на психическое, эмоциональное и физическое здоровье медицинских сестер. Такое негативное явление никак не может содействовать решение актором.

нию задач кадровой политики. В России и во всем мире здравоохранению не хватает медицинских сестер, требуются меры по привлечению в профессию наиболее талантливой и перспективной молодежи. Следовательно, буллинг должен стать предметом пристального внимания со стороны руководителей сестринских служб и коллективов.

Поэтому, когда в адрес Ассоциации медицинских сестер России поступило предложение о проведении исследования буллинга в России от коллег из США, разрабатывающих данную проблематику в течение нескольких лет, данная инициатива была одобрена. Выполнение задачи было поручено специализированной секции РАМС «Сестринские исследования».

Цель данного исследования заключалась в комплексной оценке буллинга в профессиональной жизни медицинских сестер в медицинских организациях различного профиля.

Основными задачами исследования стали:

- определение распространенности буллинга;
- характеристика видов буллинга, с которым могут сталкиваться медицинские сестры,
- последствия буллинга, влияющие на личную и профессиональную деятельность медицинских сестер;
- выработка соответствующих мер в ответ на его проявление.

Описательное исследование было проведено с опорой на опросную методологию, для чего была заимствована анкета «Буллинг на рабочем месте медицинской сестры», которая ранее использовалась Джудит Весси и ее коллегами (2009 г.) для оценки восприятия частоты и форм проявления буллинга среди опытных дипломированных медицинских сестер в США. Анкета была переведена на русский язык с применением стандартных технологий перевода переводчиком Ассоциации медицинских сестер России. Переводчик работал в тесном сотрудничестве с международной группой исследователей, чтобы гарантировать сохранение первоначального содержания каждого вопроса анкеты. Затем анкету оценили члены специализированной секции РАМС «Сестринские исследования». Это медицинские сестры с образованием в области сестринских исследований, исследовательской методологии и анализе данных, которые подтвердили содержание анкеты и провели ее тестирование. Только после этой предварительной работы анкета была направлена в адрес респондентов. Сбор данных осуществлялся с июля 2016 по январь 2017 года.

Выборка. Отбор респондентов осуществлялся с помощью различных информационных ресурсов РАМС и к участию в исследовании были приглашены члены ассоциации - медицинские сестры, работающие в различных медицинских организациях страны. Из исследования были исключены лица, не умеющие читать на русском языке или не являющиеся профессиональными медицинскими сестрами. Расчеты размера выборки базировались на количестве членов РАМС, составляющей 135 тысяч человек. С учетом случайной выборки требовалось включение 323 человек для достижения 95% доверительного интервала пропорции с отклонением не более ±5% от измерений. Повышенная на 30% выборка была сделана с учетом не полностью заполненных анкет и недостающих данных. Таким образом, ожидаемая выборка составила 420 человек.

Анализ данных. Полученные данные были экспортированы из Qualtrics в SPSS версия 24.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Для оценки характеристик участников исследования и каждого варианта ответа была использована описательная статистика. Демографическая информация по категориям (например, пол) была представлена в виде частот и непрерывных данных (например, возраст) и выражена в виде центральных тенденций. Проценты определялись исходя из числа участников, ответивших на каждый вопрос.

Результаты. Участие в исследовании приняли 438 специалистов, из числа которых 63% указали на эпизод буллинга в своей карьере. За время профессио-

2010 году Ассоциация медицинских сестер России приступает к реализации нового проекта по поддержке сестринских исследований. С этой целью для представителей региональных организаций, заинтересованных специалистов проводятся семинары, содержание которых позволяет в кратчайшие сроки познакомить участников с исследовательской методологией, а также основными направлениями исследований в клинической практике. Преподаватели семинара – известные в США специалисты, профессора факультетов сестринского дела из ведущих американских вузов, делятся с российскими коллегами своими знаниями и опытом и акцентируют внимание на том, что современная медицинская сестра может решать клинические проблемы с помощью инновационной и исследовательской работы.



Регулярные встречи сестер-энтузиастов и преподавателей приводят к идее создания в рамках Ассоциации секции по сестринским исследованиям. Члены секции проводят собственные исследования, помогают и консультируют коллег из других регионов, готовят научные симпозиумы и сессии постерных докладов на всероссийских мероприятиях, совместно с коллегами из США проводят исследование буллинга.

Опыт этого проекта успешно переносится в специализированные области сестринской практики. В течение 2012–2015 гг. Ассоциация проводит обучение медицинских сестер онкологической и фтизиатрической службы по вопросам профилактики побочных эффектов лечения с помощью научно обоснованных сестринских вмешательств.

нальной деятельности проявление буллинга испытывали 45% респондентов, 7% – подвергались буллингу постоянно, 11% – единожды и не подвергались травле - 37% респондентов. Большинство медицинских сестер находились в возрасте немногим более 40 лет, их стаж работы в своей должности в среднем составил 20 лет. В подавляющем большинстве случаев специалисты сталкивались с преследованием со стороны руководителей сестринского персонала, за которыми стоит администрация. К сожалению, если администрация медицинской организации становится источником буллинга, это явление захватывает все учреждение.

Как показал анализ, буллинг длился менее месяца в 42,3% случаев, от одного до трех месяцев — 15,8%, от четырех до шести месяцев — 8,4%, от семи до двенадцати месяцев — 8,8%, от одного до двух лет — 10,3%, от двух до пяти лет — 7,6% и более пяти лет — в 7,2% случаев. По данным исследования, буллинг имеет два пика — у медицинских сестер, работающих в профессии до двух лет (27%) и более 25 лет (22%).

Из представленных данных следует, что чаще всего буллингу подвергаются новички. Вот один из характерных при-

меров: «Пришла работать в коллектив молодым специалистом, получив диплом с отличием. Работала с желанием в отделении реанимации, наставника у меня не было. Наверное, изза того, что отличница, коллектив ко мне отнесся с осторожностью. При работе в смене со специалистами со стажем часто чужое не исполнение обязанностей приписывалось мне и с меня спрашивали за чужие нарушения, посмеивались, говорили "неумеха, а еще отличница", при этом старшая медицинская сестра вставала на их сторону. Проработав полгода, не выдержала и перешла в другое отделение, где меня хорошо встретили, закрепили за мной наставника, отделение острых нарушений мозгового кровообращения тяжелое, но в этом коллективе я буду работать долго». И второй пример: «Старшая медицинская сестра отделения каждое утро начинала с крика, обращенного ко всем медицинским сестрам, претензии были обращены и ко мне. Со мной особая ситуация – ей было 50 лет, а мне 27. У нее повышенный уровень среднего образования, а у меня высшее. Я поняла, что во мне видели конкурента и придирались, как могли. Кроме того, я была дублером, а затем без объяснения причин меня перестали назначать дублером. В результате я написала заявление на увольнение, старшая медицинская сестра подписала без отработки с радостью. Заведующий отделением уговаривал остаться, но, как выяснилось, старшей медицинской сестре не нужны специалисты с высшим образованием».

После начала трудовой деятельности буллинг впервые испытали через 3 месяца работы – 60%, через 1 год – 25% и через 10,5 лет – 15%. Более половины респондентов (54,3%) работали в этот период в должности медицинской сестры из отделений терапевтических/хирургических, поликлиники (17,4%), отделения реанимации и интенсивной терапии (14%) и отдела администрации/образования (11,2%).

Одним из респондентов в онлайнопросе был приведен такой пример: «На врачебном участке, где я работаю с врачом участковым много лет, временно замещал другой врач, в период заболевания гриппом работать было тяжело. Доктор пыталась изменить мою работу, сложившуюся за многые годы, к которой не было никаких нареканий. Врач постоянно была недо-

№ 4 Октябрь—2017 35

вольна моей работой, вымещала на мне свою злость и выражала неудовольствие. В данной ситуации я не справлялась, меня никто не слышал — ни старшая медицинская сестра, ни заведующий поликлиническим отделением. Врач "прикрывала" участок, и за это все ей были благодарны. А мне после такой работы хотелось уволиться».

В качестве зачинщика в 22% случаев респонденты назвали администрацию учреждения, и в 20% главных и старших медицинских сестер, проявлявших разные виды буллинга. Наиболее частыми были унижение в присутствии других людей (47,8%), чрезмерная критика в (41,6%), распространение ложной информации о работнике, необоснованные требования, нацеленные на допущение ошибки (37,3%).

Одна из медицинских сестер в онлайн-опросе рассказала: «Работала в процедурном кабинете, а старшая медицинская сестра в это время работала на посту. Когда медицинская сестра зашла в палату для выполнения процедуры, пациентка попросила измерить ей артериальное давление, на что процедурная сестра пояснила, что занята процедурами, но к пациентке подойдет медицинская сестра палатная и измерит давление. Старшая медсестра (работавшая на посту) отреагировала на просьбу лаконично -"обойдется", пациентка была возмущена, произошел конфликт. Утром на планерке старшая медицинская сестра доложила заведующему, что процедурная медсестра нагрубила пациентке и не измерила ей артериальное давление».

Среди других проявлений буллинга респонденты указали на словесные угрозы и оскорбления, ограничения в возможностях и ресурсах. Некоторые респонденты отметили, что руководители сестринского персонала выдавали достижения коллег за свои, писали руководству докладные записки, проявляли физическую агрессию и сексуальные домогательства.

Немногим более 71% медицинских сестер предприняли действия в ответ на проявления буллинга, при этом 59,6% не были удовлетворены ответными действиями администрации. Те, кто никаких действий не предпринимал, назвали следующие причины: отсутствие веры в про-

цедуру урегулирования ситуации – таких оказалось 38,3 %, не хотели «раскачивать лодку» – 30,6 %, не понимали в тот момент времени, что испытывали буллинг, – 23,5 % сестринского персонала.

В качестве причин буллинга респонденты указали национальную принадлежность, сексуальную ориентацию и положительный статус ВИЧ (1,2%), частое отсутствие на рабочем месте в связи с учебой, личную неприязнь руководителя, дефект здоровья и внешний вид (10%).

Вот один из характерных примеров: «Однажды я отказалась работать по графику "сутки через сутки" в течение двух недель подряд. Старшая акушерка начала контролировать мою работу, присутствуя на родах с секундомером, засекая время мытья рук по технологии, интересовалась, надела ли я кольчужные перчатки и бахилы (хотя ни того, ни другого в наличии не было). Демонстративно на посту разговаривала со мной на повышенных тонах в присутствии пациенток и их партнеров, обязывая писать объяснительные. Унизительно высказывалась в мой адрес на планерках у заведующей отделением. Видя, как я отчаянно отстаиваю свои позиции, ко мне присоединились коллеги, и я почувствовала силу коллектива».

Из числа всех респондентов 73,5% указали, что агрессивное поведение вызвало у них средний или тяжелый дистресс, 66,2% отметили, что дистресс прошел, когда буллинг прекратился, однако 33,8% продолжали испытывать его последствия в течение длительного периода времени. Дистресс длился неделями у 45,7% респондентов, месяцами в 3,6% случаев и годами у 18,7% ответивших. Под воздействием буллинга 42,3% медицинских сестер хотели уволиться, из них 22,3% так и поступили. Утратили интерес к работе 10,8% медицинских сестер, 83,3% отметили влияние на здоровье – повышенная тревожность (48,8%), раздражительность (37,3%), нарушения сна (29,8%), головные боли (29,4%).

Один человек описал буллинг по отношению к нему: «После того как я поступила на факультет ВСО, старшая медицинская сестра моего отделения вызвала меня в кабинет, стала мне угрожать и говорить, что теперь

я у нее буду под особым контролем. И пока я училась, она все время ко мне придиралась, ставила работать в праздничные дни, а по окончании и получении диплома и вовсе пошла с жалобами к заведующему отделением и потребовала меня уволить. Я сильно переживала, у меня болела голова, самое страшное – присоединилась депрессия и неуверенность в себе, так продолжалось более трех лет. Я не выдержала и уволилась, прошла курс психотерапии, переехала в другой город, и там моя карьера очень быстро пошла в гору. Сейчас работаю в должности главной медицинской сестры и, вспоминая об этом случае, лишний раз убеждаюсь, что все, что в жизни происходит, – к лучшему!».

Как показали результаты исследования, только небольшой процент (3,9%) жертв буллинга обратились за помощью в профсоюз или свою профессиональную ассоциацию. Хотя в медицинских организациях им еются: профсоюзный комитет (80,3%), Совет по сестринскому делу (63,9%) и Этический комитет (24,2%). При этом 9% медицинских сестер указали, что обратиться было просто не к кому.

В нашей российской практике буллинг может иметь множество названий, проявлений, определений – дедовщина, бойкот, психологическое давление, травля... Но, как бы мы не называли данное явление, степень его негативного воздействия на сестринский персонал не может не вызывать обеспокоенности. Для руководителей сестринских служб это должно стать сигналом к тому, что необходимы меры профилактики – создание структур противодействия буллингу; организация этических комитетов в Советах по сестринскому делу; обучение персонала – проведение бесед, изучение данной проблемы; внедрение института наставничества; максимальное содействие созданию благоприятных условий труда.

Особенно настораживает то, что жертвами буллинга нередко становятся специалисты, которые хотят знать, делать, достигать больше, чем другие – стремятся к высшему образованию, либо с готовностью помогают коллегам отстаивать свои права. А ведь это именно те люди, которые вносят большой вклад в развитие профессии. Нам всем есть над чем задуматься.



Шнейдер ВалентинаАлександровна

Главная медицинская сестра, ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» МЗ РФ, г. Калининград

■ Ташкинова Ирина Павловна

Врач-эпидемиолог, ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» МЗ РФ, г. Калининград

«Современный научно обоснованный подход к профилактике и контролю инфекций четко демонстрирует, что ни один тип учреждения здравоохранения ни в одной стране не может претендовать на то, чтобы быть свободным от риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Всемирная организация здравоохранения

юбое медицинское учреждение в процессе своей деятельности сталкивается с вопросами подготовки и дальнейшего совершенствования профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Каким образом возможно достижение высшего уровня качества и безопасности? И чаще всего перед нами возникает очевидный парадокс: наш персонал - это хорошо обученные, альтруистичные люди с сильной мотивацией, принимающие на себя основную миссию по защищенности и сохранности пациента. По идее, это должно гарантировать : качество, безопасность и современ-

ный уровень медицинского обслуживания. Но в то же время появляется множество проблем, связанных с качеством и безопасностью. Это не удивительно, так как развитие высоких медицинских технологий и увеличивающийся риск идут рядом рука об руку. «Раньше медицина была простой, неэффективной и относительно безопасной. Сейчас она сложна, эффективна и потенциально опасна» (Ч. Винсент, Лондон, Великобритания, 2002).

Каким образом можно оценить степень важности и значимости рисков ИСМП? Разделим уровни риска на четыре группы:

- 1. Начальный не идентифицированный и не оцененный, когда уровень риска не обладает достаточной и доступной для восприятия информацией, связанной с заболеваемостью ИСМП, в т. ч. групповой.
- 2. Оцененный уровень риска с учетом мероприятий по идентификации, анализу и оценке риска (проведение микробиологического мониторинга, контроля и оценки исполнения медицинских технологий, технологий по уходу, личной гигиены, санации внешней среды).
- 3. Остаточный уровень риска при завершении и отработке стандарта профилактических мероприятий (осознание рисков и непрерывные мероприятия по их минимизации и исключению).
- 4. Конечный (приемлемый) уровень риска является приемлемым с позиции реализации возможных профилактических мероприятий.

Задача администраторов любого звена, занимающегося организацией работы операционного блока, – достижение конечного уровня риска у себя в учреждении. Многие скажут, что это миф, построить идеальную систему профилактических мероприяневозможно, недостижимо, сложно и невыполнимо. Наш опыт показывает, что при условии выделения (диагностики) ведущих рисков, определяющих эпидемиологическое неблагополучие по ИСМП в конкретном учреждении, отделении, можно применить эффективные меры профилактики этих инфекций. Важным условием результативности мероприятий является обучение медицинского персонала безопасным технологиям. Методическая поддержка и своевременный контроль их выполнения позволяют получить ожидаемый результат.

Хирургическая активность в нашем Центре достаточно высока. С каждым годом она увеличивается в соответствии с государственным заданием на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и выполняется в полном объеме. Так, если в 2015 году в Центре было выполнено 8398 хирургических вмешательств, то в 2016-м их количество выросло до 10 252.

Помимо оперативных вмешательств на сердце и сосудах взрослым и детям с 2015 года мы проводим операции по эндопротезированию тазобедренных и коленных суставов, а также по реконструкции и остеотомии кости.

При такой хирургической интенсивности для нас важно было выделить самые опасные «территории» высокого риска передачи ИСМП. Ими являлись операционный блок и реанимационные залы. При этом мы четко определили, что:

№ 4 Октябрь—2017 37

- пациенты самостоятельно не могут передать и перенести инфекцию друг другу и на объекты окружающей среды;
- передача инфекции осуществляется только через объекты внешней среды медицинским персоналом или воздушно-капельным путем.

Система профилактических мероприятий сформирована нами в 6 крупных блоков: гигиена рук, бельевой режим, поточность, обработка поверхностей, обработка изделий медицинского назначения многократного применения (ИМН МП), безопасные технологии.

Мониторинг и контроль за их выполнением проводились визуально, при помощи видео (трансляция из операционных залов на монитор компьютеров врачу-эпидемиологу, главной медицинской сестре, заместителям главного врача по медицинской части и хирургии, главному врачу), при помощи микробиологических исследований (окружающая среда, воздух, контроль стерильности).

Гигиена рук. Концепция ВОЗ определила 5 основных моментов, когда ме-

дицинский персонал обязан проводить гигиену рук:

- 1. До контакта с пациентом.
- 2. До чистых/асептических процедур.
- 3. После ситуации, связанной с риском контакта / контактом с биологическими жидкостями.
 - 4. После контакта с пациентом.
- 5. После контакта с предметами из окружения пациента.

Бельевой режим. Поточность. При имеющейся прачечной на территории Центра определили направления, по которым осуществляется жесткий контроль: разграничение потоков, закрепление персонала за «грязной» и «чистой» зонами, регулярное проведение микробиологического мониторинга персонала и чистого белья.

Для разграничения потоков в работе используются внутренние локальные документы:

- График разграничения потоков по степени контаминации микроорганизмами («чистые» и «грязные» потоки) (см. табл. 1).
- График сдачи грязного и получение чистого белья в прачечной.

График составлен таким образом, что сдача грязного белья проходит в утренние часы с 7:30 до 10:00, при этом для каждого отделения отведен свой интервал времени, например, КХО-1 – с 7:30 до 7:40, КХО-2 с 7:40 до 7:50 и так далее. По пятницам действует дополнительное расписание для сдачи белья. Выдача чистого белья производится для всех отделений ежедневно с 14:30 до 15:20.

Обработка поверхностей. Так как территориально в операционном зале работают две бригады (операционная (табл. 2) и анестезиологическая (табл. 3)), то нами были зафиксированы объекты с закреплением персонала, утверждены способ и частота обработки. Ветошь многократного применения в обработке поверхностей исключена.

Наиболее эффективной показала себя обработка поверхностей при помощи диспенсерной системы. В герметично закрывающемся боксе объемом 1 литр находятся 250 салфеток (мягкий, безворсовый материал (вискоза + полиэстеровые волокна) с большой

Таблица 1 График разграничения потоков по степени контаминации микроорганизмами («чистые» и «грязные» потоки)

| «Чистый» поток | | | | | «Грязный» | поток | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------|---|--|---|--------------------------|---------------------------------------|---|
| Пищеблок Доставка готовой продукции в отделения | Прачечная Получение белья | Дезкамера Получение мягкого инвентаря | Аптека Получение ЛС | Склад расходных материалов Выдача в отделения | Склад хозяйствен- ных материалов, мягкого инв. Выдача в отделения | Пищеблок Доставка посуды из отделений | Прачечная Сдача белья | Дезкамера. Сдача мягкого инвентаря | Удаление отходов класса А, Б, (В и Г, если имеются) |
| | | | | | | | 7:30-8:00 | | 7:30-8:00 |
| Завтрак 8:00-9:00 | | | | | | | | | |
| 0.00 3.00 | | | | | | 9:00-10:00 | 9:00-10:00 | 9:00-10:00 | |
| 2-й завтрак 10:50-11:30 | | 10:30-11:30 | 10:00-11:30 | 10:00-11:30 | 10:00-11:30 | | | | |
| | | | | | | 11:30-12:00 | 11:30-12:00 (пт) | | 11:30-12:00 |
| 060= | | | 12:00-12:30 | 12:00-12:30 | | | | | |
| Обед 12:30–13:30 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 14:00-14:30 | | | |
| | 14:30–15:20 | | | | | | | | 15:20–15:40 |
| Полдник | 15 40 16 20 () | | | | | | | | 13.20-13.40 |
| 15:40-16:20 | 15:40-16:20 (пт) | | | | | 1.00 17.00 | | | |
| Ужин | | | | | | 16:20–17:00 | | | |
| 17:20–18:30 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 18:30–19:00 | | | 10.00.00.00 |
| | | | | | | | | | 19:00-20:00 |

Таблица 2

Перечень эпидемически значимых объектов внешней среды, порядок их дезинфекции до и после оперативного вмешательства (для операционной бригады)

| ОБЪЕКТ | СПОСОБ ОБРАБОТКИ | | |
|--|---|---|--|
| Стол Боброва, столики Кохера, стол для хранения шовного материала – верхняя поверхность, ручки шкафа для хранения расходного материала | Ежедневно утром перед нача- лом работы | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) | |
| Ручки операционных ламп, кнопочная панель коагулятора | Ежедневно утром перед началом работы | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) | |
| Телефон, дверные ручки, настенная панель управления контроля IT-сети, работы кондиционера, операционного света, освещения в операционной | Ежедневно утром перед нача- лом работы | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) | |
| Стол Боброва, столики Кохера – верхняя, боковые поверхности, стол для хранения шовного материала – верхняя, боковые и внутренние поверхности, шкаф для хранения расходного материала – внешние и внутренние поверхности. Ножки и колеса всех имеющихся столов, шкафов, передвижных систем (аспирационная установка и пр.) | После каждого оперативного вмешательства | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) | |
| Компьютерная консоль, монитор, видеоблок, подвесная полка, малая операционная лампа, большая операционная лампа, верхняя, нижняя и боковые поверхности, кнопки коагулятора, карман для хранения пассивных электродов, рамка аспирационной вакуумной установки и сама установка, подъемник оперстола в поднятом состоянии, тазы и подставка для отработанного материала, емкость с подставкой для отработанного материала | После каждого оперативного вмешательства | Протирание дезинфекцион- ной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) | |
| Передвижные стулья, стационарный телефон, дверные ручки/кнопки, панель управления контроля IT-сети, работы кондиционера, операционного света, освещения в операционной | После каждого оперативного вмешательства | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) | |
| Видимые биологические загрязнения стен | После каждого оперативного вмешательства | Обработка при помощи МОП-системы | |
| Пол | После каждого оперативного вмешательства | Обработка при помощи МОП-системы | |

Таблица 3

Перечень эпидемически значимых объектов внешней среды, порядок их дезинфекции до и после оперативного вмешательства (для анестезиологической бригады).

| ОБЪЕКТ | ЧАСТОТА ОБРАБОТКИ | СПОСОБ ОБРАБОТКИ |
|---|---|---|
| Манипуляционные столы (для постановки ЦВК, мочевого пузыря), стол для анестезиологического пособия, аппарат ИК, стол для перфузионного обеспечения (в наркозной и в операционной) | Ежедневно утром перед началом ра- боты | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) |
| Манипуляционные столы, монитор пациента, монитор ИВЛ, перфузоры, дефибрилятор, консоль подачи газов, конвекционная система для обогрева пациента, силиконовая подушка, стойка для растворов, трансдьюсеры, кабель ЭКГ, подлокотники, аппарат ИК, стол для перфузии, передвижные стулья (в операционной). Манипуляционные столы, монитор пациента, монитор ИВЛ, стойка для растворов, флуометр, аспиратор, устройство для подогрева растворов, консоль подачи газов, рабочая поверхность для проведения обработки ИМН многократного назначения, верхняя, боковые поверхности шкафов для хранения растворов и расходного материала, дверные ручки (наркозная) | После каждого оперативного вмешательства/по мере необходимости/ После подачи пациента в операционную | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) |
| Манипуляционные столы, монитор пациента, монитор ИВЛ, перфузоры, дефибрилятор, конвекционная система для обогрева пациента, силиконовая подушка, стойка для растворов, трансдьюсеры, кабель ЭКГ, подлокотники, аппарат ИК, стол для перфузии (в операционной). Манипуляционные столы, монитор пациента, монитор ИВЛ, стойка для растворов, флуометр, аспиратор, устройство для подогрева растворов, рабочая поверхность для проведения обработки ИМН многократного назначения, верхняя, боковые поверхности шкафов для хранения растворов и расходного материала, дверные ручки (наркозная). + внутренние поверхности шкафов | В конце рабочего дня | Протирание дезинфекционной салфеткой из дезибокса (1 шт. – 2 кв. м) |

№ 4 Октябрь-2017

впитывающей способностью), смочен-

инфекция путем замачивания бокса

с последующим промыванием проточ-

ной водой), заправляются рулонами

с чистыми салфетками, заливаются ра-

бочими растворами и выдаются в от-

деления. Контроль выдачи проводится

по принципу обмена с обязательной

регистрацией в журнале. По времени

применения дезибокса на рабочем ме-

сте вводились ограничения по вре-

менному интервалу – до трех недель.

Сохранение процентной концентра-

ции рабочего раствора нами было до-

СТИГНУТО ТОЛЬКО ПРИ ПОСТОЯННОМ КОН-

троле герметичности дезибокса (плот-

ное закрывание крышки контейнера

и самого дозирующего клапана). Сред-

ний расход на 1 операционную -

1 бокс в сутки. Микробиологический

контроль и контроль по эпидемиоло-

гическим показаниям диспенсерной

системы проводится нами как

во время применения бокса, так

и по возвращении бокса из работы.

В течение 2016 года проведено 126 ис-

следований смывов на бактерии групп

кишечной палочки (БГКП), положитель-

ных находок не выявлено.

ные рабочим дезинфицирующим раствором (расход рабочего раствора Период 2012-2016 гг. на 1 бокс составляет 1 литр). Подго-Сердечно-сосудистая хирургия (открытые операции на сердце) товку дезибоксов проводят сотруд-% от числа % от числа ники ЦСО, что позволяет нам сконцен-Взрослые Дети «ОТКРЫТЫХ» «OTKDЫТЫХ» (n = 1109)(n = 3515)трировать всю технологию приготовопераций операций ления «в одних руках». Отработанные Инфекции области хирургического 5 92 0.5 26 вмешательства (ИОХВ) емкости сдаются также в ЦСО, их обра-93 ботка проводится в дезинфекционно-Инфекции кровяного русла (ИКР) 18 1.6 2.6 моечных машинах (либо возможна дез-

Таблица 4 Статистические данные уровня заболеваемости ИСМП у детей и взрослых

ствие необходимости приготовления рабочих растворов, обеззараживания и комплектации боксов, обеззараживания использованной многоразовой ветоши).

Обработка ИМН МН. Предстерилизационная очистка (ПСО) инструментария многократного назначения проводится на рабочих местах, задействованных в работе бригад: в наркозной – анестезиологической бригадой (используется «Мистраль Окси» 0,5 %) и в помещении «Мойка инструментов» – операционного блока (БебиДез Ультра 3%). После экспозиционной выдержки использованный раствор сливается, инструменты промываются под проточной водой, пересчитываются с заполнением листа сдачи инструментария в ЦСО. При передаче инструментов в ЦСО пересчет проводится еще раз (контроль количественного и ассортиментного наименований).

Безопасные технологии. Для внедрения в повседневную практику надежно защищенных технологий требуется их тщательное рассмотрение с участием как персонала, непосредственно участвующего в осуществлении проведения этих технологий, так и персонала, обеспечивающего правовую и эпидемиологическую поддержку. Сотрудники отделения (нескольких отделений) разрабатывают основу стандарта (протокола, алгоритма, чек-листа, инструкции), согласовывают документ с главной медицинской сестрой и врачом-эпидемиологом, заместителями главного врача по хирургии и медицинской части (при необходимости привлекается юридическая служба) и утверждают у руководителя – главного врача. Утверждённый локально нормативный документ регулярно 1 раз в три года проходит пересмотр (при необходимости пересматривается чаще, например, при вступлении в силу новых СанПинов, приказов, по-

ствие необходимости приготовле- : становлений Правительства и пр. докуния рабочих растворов, обеззара- : ментов).

В результате внедрения перечисленного комплекса мероприятий в нашем Центре поддерживаются относительно невысокие уровни заболеваемости ИСМП в сравнении с общеизвестными показателями мировой практики в кардиохирургии, что дает основание полагать о достижении конечного (приемлемого) уровня риска их возникновения (табл. 4).

В травматологии-ортопедии ИОХВ и ИКР зафиксировано не было ввиду их отсутствия!

В реализации намеченной цели могут возникать определенные погрешности, что приводит к очевидным неудачам. Чаще всего это возникает, если план действий адекватен, но сами действия выполняются не так, как предполагалось (работа «спустя рукава») или если действия выполняются по плану, но они не приводят к желаемому результату (ошибка при составлении документа). Грубейшие нарушения, отклонения от безопасного выполнения процедур, стандартов, протоколов и т. д. могут появиться при недостаточной информированности персонала, низкой морали, наличии плохих примеров в работе сотрудников, имеющих большой стаж, неважном руководстве. Задача администрации, врачебного и сестринского персонала – минимизировать возникновение погрешности в выполнении вышеописанного плана действий.

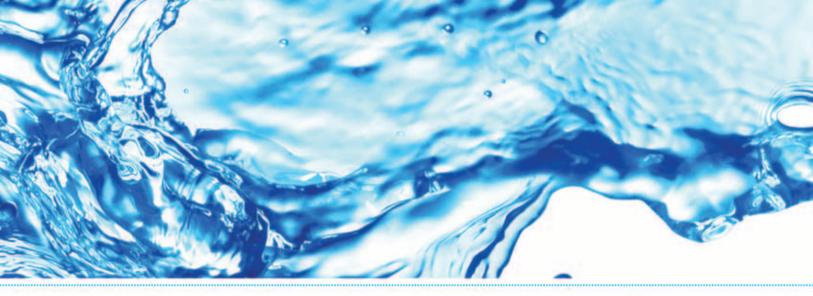
Вывод: Стандартизация классических противоэпидемических мероприятий, адаптированных к конкретным «особенностям» медицинской организации, систематический контроль за полнотой и качеством их реализации, поддержание мотивационной составляющей «человеческого фактора» позволяет выйти на конечный уровень рисков возникновения ИСМП.

Внедрение в работу диспенсерной системы позволили достичь показателей безопасности:

- сохраняется заданная активность рабочего раствора;
- исключение контаминации раствора и салфеток;
- у персонала отсутствуют аллергические реакции (герметичность бокса);
- упрощение системы контроля за своевременностью, полнотой и эффективностью обработки поверхностей.

Показатели эффективности:

- объемы потребления дезинфицирующих средств уменьшились в 40 раз;
- сократились трудозатраты медицинских сестер отделений (отсут-



Δ e3ak $ext{ru}$ 6- $ext{9}$ H $ext{u}$ 6e $ext{p}$ C $ext{a}$ \wedge

COCTAB

глутаровый альдегид - 1,0%, глиоксаль - 7,0%, смесь ЧАСов суммарно - 25,5%, вспомогательные компоненты, рН 1% раствора - 4,5.



Дезинфекция поверхностей в помещениях, предметов ухода за больными, уборочного инвентаря, дезинфекция медицинских отходов (класса А,Б,В); всех видов биологического материала. Дезинфекция совмещенная с ПСО ИМН в т.ч. эндоскопического оборудования ручным и механизированным способами, ДВУ и стерилизация.

ФАСОВКА

флаконы по 1 л., канистры по 5 л.



ОПИСАНИЕ

Прозрачная жидкость от бесцветной до желтоватого цвета с запахом отдушки. Дезактив-Универсал отличается высокой антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в т.ч. Mycobacterium terrae, Mycobacterium Avium, B5, возбудителей ВБИ и аэробных инфекций, ООИ, в т.ч. сибирская язва; всех известных патогенных вирусов (ВИЧ-инфекция, гепатиты, в т.ч. гепатит В, «птичий грипп H5N1, H5N2, H7N3, H9N2», «атипичная пневмония» (5 АВ5), др. вирусы; грибов рода Кандида и Трихофитон, плесневых грибов. Обладает овоцидными свойствами в отношении возбудителей паразитарных болезней (цист и ооцист простейших, яиц и личинок гельминтов остриц), моющим и дезодорирующим эффектом.

срок годности рабочих растворов

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

Δ e3akTu6-9Hu6epCa \wedge

- Режимы дезинфекции при инфекциях: вирусной – 0,1-0,8%, туберкулезной – 0,15-0,85%.
- Дезинфекция Высокого Уровня 3% 5мин., стерилизация 5% 15мин.
- Срок годности рабочих растворов 41 сутки.





ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ средства серии «МЕДИЛИС»

Педикулицидное средство «Медилис-СУПЕР» (водный концентрат эмульсии) предназначено: для лечения головного, лобкового и платяного педикулеза у взрослого населения, а также для дезинсекции помещений от вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-ПЕРМИФЕН» (концентрат эмульсии) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых людей, детей с 16 лет, а также платяных вшей, импрегнации тканей (в т.ч. нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекция помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-МАЛАТИОН» (водный концентрат эмульсии) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых людей, детей с 16 лет, а также платяных вшей, импрегнации тканей (в т. ч. нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекция помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-И» (концентрат эмульсии) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых людей, детей с 14 лет, а также платяных вшей, дезинсекция помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей, дезинсекция в эпидемических очагах с целью контроля численности переносчиков инфекций. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-БИО» (готовый лосьон) предназначено: для уничтожение головных и лобковых вшей у детей с 5 лет и у взрослых. **Срок годности средства** - 4 года.

| ПРОДУКЦИЯ* | COCTAB | ТИП ПЕДИКУЛЕЗА | | | B03PACT |
|------------------|--------------------------|----------------|----------|----------|----------|
| | | ГОЛОВНОЙ | ПЛАТЯНОЙ | ЛОБКОВЫЙ | |
| Медилис-СУПЕР | 24% фентион | + | + | + | с 16 лет |
| Медилис-ПЕРМИФЕН | 4% перметрин+16% фентион | + | + | + | с 16 лет |
| Медилис-МАЛАТИОН | 40% малатион | + | + | + | с 16 лет |
| Медилис-И | 5% перметрин | + | + | + | с 14 лет |
| Медилис-БИО | эвгенол | + | - | + | с 5 лет |

+7(499) 678-03-66 (многоканальный) +7(495) 315-16-65 +7(495) 315-17-10

