

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 2/41 2019



**Сестринское дело в движении:
в Санкт-Петербурге состоялась
встреча лидеров РАМС**



**Не спеши!
Проверь
своё давление!
Ты счастлив
завтра,
если
думаешь
о здоровье
сестры**
стр. 38

**Я – волонтер. Тюменские
медсестры побывали
на международном форуме
добровольцев**



**Московский стандарт
поликлиники:
как изменилась роль
медицинской сестры**
стр. 9



**Не отчаивайся. Я помогу!
Десятилетие школы
сестринского ухода отме-
тили в Республике Марий Эл**
стр. 34



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



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ И
АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА



СТЕРИЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ
ГИГИЕНЫ РУК



СОВРЕМЕННЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЦСО

» ОБОРУДОВАНИЕ



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ
РУК В ЛПО



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
УБОРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ



УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ОТХОДОВ

» ЭНДСКОПИЯ



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА
для ПСО и ДВУ



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПОЛНОГО
ЦИКЛА ОБРАБОТКИ ГИБКИХ
ЭНДСКОПОВ



АСЕПТИЧЕСКОЕ ХРАНЕНИЕ



**МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПРИНАДЛЕЖИТ
ВЕДУЩИЙ ГОЛОС В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ, –
девиз Международного дня медицинской сестры-2019**

**АКУШЕРКИ – ЗАЩИТНИЦЫ ПРАВ ЖЕНЩИН, –
девиз Международного дня акушерки-2019**

Уважаемые коллеги, дорогие друзья и читатели «Вестника»!

Второй выпуск нашего журнала ежегодно приурочен к теме Международного дня медицинской сестры и Международного дня акушерки. И этот год не стал исключением, только поводов для рассмотрения роли специалистов в современном здравоохранении стало больше. Ведь буквально вот-вот воздушные ворота Санкт-Петербурга распахнутся, чтобы встретить многочисленных гостей из российских регионов и далеких стран БРИКС, каждый из которых проделает столь огромный путь, чтобы принять участие в важнейшей и ответственной дискуссии о настоящем и будущем сестринской профессии.

Но расскажем обо всем по порядку. Во-первых, за первые месяцы этого года РАМС уже провела ответственное и приоритетное для себя заседание Координационного совета. В наших рядах намечилось серьезное пополнение – полноправными членами РАМС стали профессиональные ассоциации Приморского края и Республики Крым. А с учетом непрекращающегося потока индивидуальных заявлений о членстве численность организации превысила 150 тысяч человек. Мы искренне верим, что это ответ и массовая реакция общественности на нашу работу, новые виды поддержки, многочисленные образовательные мероприятия с лучшими профессиональными лекторами и экспертами в своем деле.

Участниками совета были намечены грандиозные планы – подвести миллионную армию медицинских сестер никак нельзя, и стоит максимально использовать ту международную атмосферу, в которой мы подходим к 2020 году – Году медицинской сестры и акушерки. Буквально все организа-

ции, включая ВОЗ, провозгласили курс на расширение роли сестринского персонала. Международный совет ориентирует своих членов на укрепление вклада в реализацию стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», а мы своими публикациями – вашими практическими примерами, стремимся показать, что в нашей стране для стремительного развития сестринского дела все предпосылки есть.

Регион за регионом по стране шагает проект, внедряющий технологии бережливого производства в первичное здравоохранение. Этот проект – своеобразное окно возможностей, которое мы можем использовать для расширения сферы своих действий. Так оно и происходит, и в этом выпуске мы познакомим вас с замечательными примерами из Москвы, Воронежа и Санкт-Петербурга.

Медицинские сестры стремятся сделать больше не только на своих рабочих местах, но и за их пределами, и вот перед нами замечательные достижения медицинских сестер – волонтеров, проекты которых не остались незамеченными, опыт которых будет многократно дублирован и реализован в разных российских регионах. Не отстают и акушерки, которые давно начали вести речь о самостоятельном акушерском приеме, а теперь у нас появился отличный пример, демонстрирующий не только повышение самостоятельной роли специалиста, но, самое главное, его результаты для пациентов – а это более качественная, доступная, комфортная медицинская помощь.

Замечательные фельдшеры, работники станций скорой медицинской помощи (СМП) пребывают в процессе перемен, на смену врачебным бригадам приходят фельдшерские, что требует

от руководителей умелых управленческих решений – бригады СМП должны быть готовы всегда к любым поворотам медицинского сюжета.

Время диктует к профессии новые требования, а лидеры ассоциаций первыми на них откликаются, и не успели медицинские сестры влиться в НМО – непрерывное медицинское образование, – как специалисты уже готовы такую возможность им предложить. За плечами РАМС уже более 200 аккредитованных мероприятий, и многие из них проводятся в регионах. В этой работе даже намечились лидеры – региональные ассоциации Карелии, Кировской области, Москвы.

При всем многообразии общественной работы нельзя не увидеть, как живо она реагирует на возникающие возможности, как ярко она иллюстрирует, что специалисты практического здравоохранения нашей страны мыслят, трудятся, развиваются в унисон со своими коллегами во всем мире.

В мае этого года мы не только отмечаем наши профессиональные праздники, но и встречаем лидеров стран БРИКС, мы нацелены на большие свершения, на значимые для всех специалистов перемены. Искренне надеюсь, что многие из вас станут участниками этих событий – международного саммита медицинских сестер, который пройдет в 15 регионах России, а также тех торжественных мероприятий, которые по случаю профессиональных дат обязательно пройдут во всех регионах. Поздравляя вас с предстоящими праздниками, очень хочу выразить надежду на то, что они станут дополнительным стимулом в вашем профессиональном развитии, в работе, которой вы однажды решили посвятить всю свою жизнь!



На обложке: участники заседания Координационного совета РАМС, 14–15 февраля 2019 г., Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Не отчаивайся, я помогу!	стр. 34
Я – волонтер. Тюменские медсестры побывали на международном форуме добровольцев	стр. 38
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Сестринское дело в движении. Итоги заседания Координационного совета РАМС	стр. 3
Баллы НМО. Основные этапы подготовки аккредитованного образовательного мероприятия. Опыт Кировской области	стр. 31
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Своей профессией горжусь	стр. 6
Главное, ребята, сердцем не стареть!	стр. 8
Путеводная звезда. Фтизиатрические сестры России вновь признаны лучшими на международном уровне	стр. 24
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в достижении здоровья для всех	стр. 18
ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ	
Медицинские сестры в Финляндии: профилактика неинфекционных заболеваний на протяжении всего жизненного цикла	стр. 19
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Роль медицинской сестры в реализации Московского стандарта поликлиники	стр. 9
Бережливая поликлиника: первые результаты реализации проекта в Воронежской области	стр. 14
Организация консультативного приема акушерки как пример расширенной акушерской практики	стр. 26
Жидкостная цитология – новый шаг в диагностике рака шейки матки	стр. 28
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Проксимальная зона терапевтического альянса.	стр. 37

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 16.04.2019. Отпечатано в ООО «ИПК "Береста"». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1126. 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 РАМС: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестер 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. 15Н.
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»



СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ДВИЖЕНИИ

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОСТОЯЛАСЬ ВСТРЕЧА ЛИДЕРОВ РАМС



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

В этом году Ассоциации пришлось несколько отступить от традиционных планов – заседание Координационного совета прошло уже в середине февраля, по стечению обстоятельств встреча стартовала 14 февраля – в День всех влюбленных, в нашем случае – влюбленных в сестринское дело, в свою профессию, своих коллег по работе и по общественному движению!

В такой замечательной атмосфере лидеры РАМС провели два полных рабочих дня. А открытие заседания стало особенно торжественным – мы горячо приветствовали руководителей новых региональных отделений, влившихся в Российскую ассоциацию. Ими стали Жанна Валентиновна Юн, президент Ассоциации медицинских сестер Приморского края, и Елена Витальевна Репинская, руководитель Регионального отделения РАМС в Республике Крым. А еще коллеги дружно приветствовали новых руководителей общественных

организаций из Удмуртской ассоциации – Татьяну Геннадиевну Скворцову, и из отделения РАМС в Санкт-Петербурге – Юлию Владимировну Агапову, которая также возглавила важнейшую для РАМС специализированную секцию – «Акушерское дело».

Едва успели участники события познакомиться с коллегами, как президент РАМС уже погрузила всех в калейдоскоп событий минувшего года и планы на предстоящий. За 2018-й РАМС успела провести 53 аккредитованных образовательных мероприятия, в которых приняли участие немногим менее 15 тысяч специалистов. А еще были многочисленные командировки, встречи, круглые столы, переговоры с руководителями территориальных и федеральных органов власти, была и первая аккредитация, и работа по формированию комиссий. Была заявлена и получила высочайшую оценку работа экспертов РАМС по внесению поправок в оценочные средства, которые применялись в ходе аккредитации.

Были и многообещающие международные победы. В сентябре президент РАМС познакомилась с генеральным директором ВОЗ, г-м Тедросом. Разумеется, такие встречи для нас важны – именно так можно донести до руководителей высокого ранга свои идеи и предложения, высказать чаяния от лица миллионов специалистов, ра-

бота которых зачастую страдает от правового вакуума, от недопонимания со стороны врачей, руководителей здравоохранения.

А далее на международном уровне были приняты принципиальные решения, озвучено обращение д-ра Тедроса к исполнительному комитету ВОЗ о том, чтобы 2020 год стал Годом медицинской сестры и акушерки. И хотя официально данное решение могут подтвердить только делегаты Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае этого года, практически нет сомнений, что предложение генерального директора ВОЗ встретит всеобщую поддержку! А нам, разумеется, приятно сознавать, что и мы внесли в это решение свою лепту – ведь это мы рассказывали с официальных интернет-ресурсов ВОЗ о замечательной работе наших медицинских сестер, это мы готовили официальные заявления и формулировали позицию сестринского сообщества по важнейшим вопросам здравоохранения для заседания Регионального комитета ВОЗ, это мы обсуждали и рассматривали вопросы расширения сестринской практики с коллегами в Европе и странах БРИКС.

Но радоваться достигнутому времени нет, нужно не просто идти, а бежать вперед, чтобы догнать глобальный локомотив сестринского дела, который уже вывел наших многочисленных коллег и в странах Западной Европы, и в стра-



нах Азии на почти недостижимый уровень. Принципиальная позиция специалистов практического здравоохранения проста и понятна – медицинским сестрам необходимо предоставить больше возможностей для оказания помощи; следовательно, нужен более высокий уровень образования, более высокий уровень самостоятельной практики, более высокий уровень ответственности за свои действия. Иначе мир не сможет преодолеть глобальные вызовы и угрозы в области здоровья, не сможет обеспечить качественную, здоровую, долгую жизнь миллионам жителей планеты.

РАМС не только отстаивает эту позицию в нашей стране и, не будем скрывать, снискала на этом поприще немало туманов от сил реакционных, которым так не хочется поделиться с медицинской сестрой, акушеркой, фельдшером полномочиями, но и последовательно реализует этот тезис в тех направлениях работы, где обладает свободой действий. Как минимум сегодня мы можем сеять разумное и доброе в умах специалистов, тысячи из числа которых приходят на наши конференции и вебинары, в большинстве своем желая знать больше, чем пока ожидается от сестры в сегодняшнем российском здравоохранении. Но это только пока...

Ведь мы отстаиваем эти идеи и в проектах профессиональных стандартов, которые с таким скрипом обсуждаются в верхах, и все не получают окончательного утверждения. Эти же идеи мы отстаиваем при обсуждении проекта Отраслевой рамки квалификаций. Больше профессиональных полномочий, больше подготовки, более высокий статус и оплата труда, – вот за это сегодня ломаются копыта и летят искры в политической сфере.

Тем временем РАМС продолжает наращивать мощности своих образовательных ресурсов и вместе с региональными ассоциациями создает базу членов, которая во многом упростит

участие рядовых специалистов в предлагаемых онлайн мероприятиях. А таких мероприятий будет много, на любой вкус и цвет и для любой, даже самой узкой специализации. Над созданием таких ресурсов уже работают десятки членов специализированных секций РАМС, а первые итоги – образовательные вебинары уже не только по сестринскому, но и по акушерскому и лечебному делу не просто созданы и запланированы, а поданы на аккредитацию по всем правилам Комиссии по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России.

Работа предстоит большая, ведь помимо специальностей, зафиксированных в Квалификационном справочнике, есть масса узких, но исключительно востребованных направлений внутри сестринского дела – психиатрия, фтизиатрия, онкология... и в каждом из таких направлений мы обязаны обеспечить доступность современных, актуальных, интересных знаний, соответствующих принципам доказательной медицины. Ведь нас, как профессионалов, не устраивает отговорка «а нас так учили...», «а у нас всегда так делали...». Поэтому сегодня активно работают регионы, активно работают секции – ищут и определяют те пробелы в профессиональных знаниях, которые наблюдаются на местах и которые мы можем помочь преодолеть.

В ходе встречи в Санкт-Петербурге высказались руководители всех специализированных секций. У каждого готов необъятный план действий, у каждого есть давно наболевшее, ранее невысказанное, каждый хочет видеть на профильных научных мероприятиях как можно больше коллег, просит президентов содействовать в донесении информации, приглашении специалистов, где-то и в поддержке их участия. Секция фельдшеров просит информационной поддержки; секция специали-

стов первичного здравоохранения говорит о новых задачах своего звена – оказание паллиативной помощи на дому; секция неонатальных сестер сетует – до сих пор не выработаны руководства для практики, работать сложно, когда нет малых дозировок препаратов, для рожденных с минимальным весом малышей, когда нет специальной подготовки, да и секции таких сестер не в каждом регионе созданы; секция операционных сестер готовит новые публикации – сначала выйдет словарь терминов, а далее будут создаваться кейсы по наиболее сложным видам оперативных вмешательств; секция по фтизиатрии заканчивает международный проект, достижений много, но теперь стоит задача сохранить набранные темпы работы, не растерять костяк лидеров, сформированный за эти годы, а вот в ряде секций, в том числе по онкологии, сестринским исследованиям – ждут пополнения. Не обошлось и без курьезов. Каждый руководитель секции – это, конечно, рупор своей специальности, которая для него и самая важная, и самая ценная. Но с напором Максима Мананникова, а он возглавляет секцию по лучевой диагностике, едва ли кто мог сравниться! Всем сразу стало понятно, что любые вопросы можно отложить, но рентгенлаборантам дать полный карт-бланш в профессиональном развитии и обеспечить их присутствие на ключевых научных мероприятиях.

Заседание Координационного совета РАМС проходило за круглыми столами и работа в группах так и напрашивалась в качестве одного из организационных элементов встречи. Обратить внимание на этот раз решили на традиционные для лидеров вопросы развития общественного движения – в этой группе Валентина Саркисова, президент РАМС, и Татьяна Зорина, вице-президент и руководитель Школы передового опыта, провели ма-





стер-класс для недавно сформированных региональных организаций, для тех, кто пока не заручился большой поддержкой сестер и испытывает трудности с финансированием и проведением любых мероприятий.

В другой группе солировала член правления и президент Ивановской ассоциации Татьяна Кудрина. Организация отлично изучила такое направление работы, как волонтерство. Многочисленные профессиональные акции, работа с населением, информирование о болезнях, призывы к ЗОЖ – все это большая сфера ответственности сестринского персонала, реализовать которую проще, опираясь на поддержку студентов-волонтеров.

Третья рабочая группа собрала за своеобразным круглым столом многочисленных лидеров, которым хочется помочь коллегам в первых исследовательских шагах. Председатель секции Ольга Бучко поделилась своим опытом. В Омске были организованы обучающие семинары по исследованиям, а далее заинтересовавшиеся специалисты получили методическую поддержку. Работа движется во взаимодействии с кафедрами медицинского университета, профессора которых и подсказывают, и направляют исследовательские инициативы сестер. К счастью, таких инициатив становится все больше, а для нас очень важно, чтобы они носили практико-ориентированный характер, чтобы касались напрямую клинической или управленческой роли сестринского персонала. Исследования в руках лидеров – это не только инструмент совершенствования помощи, но и мощное оружие в поддержку ресурсного обеспечения практики. Ведь именно сестрам зачастую удается доказать, что новые расходные средства и материалы – это не только удобство и эстетика, это еще и огромная экономия средств ЛПУ, несмотря на более высокие затраты

по сравнению с традиционными материалами.

Время заседания неумолимо бежало, а участникам хотелось поделиться еще очень и очень многим. Раиса Куликова, президент Тюменской ассоциации, рассказала об очередной победе в конкурсе президентских грантов. В 2018 году тюменцы реализовали масштабный проект «Гипертония, СТОП!», а в 2019-м взяли за новую тему – рак молочной железы. Раиса Михайловна приехала не одна – в сопровождении сестер-экспертов, которые уже начали проводить занятия по выявлению РМЖ – и со своими коллегами, и с женским населением региона. Замечательный опыт грантовой работы накоплен в ассоциации Республики Марий Эл. Евгения Кузьминых, руководитель ассоциации, рассказала о проектах поддержки тяжелобольных пациентов и их родственников, о том, какие реабилитационные мероприятия под силу специалистам, какие отличные результаты эта работа приносит.

Специалисты обсудили и информационную работу. В составе РАМС еще остаются ассоциации, о которых мы знаем мало, почти ничего... не знаем мы – не знают члены. В таких условиях о развитии говорить трудно. Татьяна Глазкова, член Правления и председатель Ленинградской областной организации поведала о тонкостях информационной работы и выхода общественной организации в открытые пространства социальных сетей. Организация должна не просто иметь в соцсетях свою страничку, но и быть готовой отвечать на многочисленные вопросы ее читателей, в том числе и на провокационные выпады в свой адрес. Увы, люди иногда склонны излить накопившуюся агрессию не по адресу... Областная ассоциация этот период уже пережила и стратегию работы с обращениями негативного плана выработала. Диалог надо вести четко и по делу, подключать, если потребуется, инициативных чле-

нов ассоциации. Стратегию развития информационной работы участники совета одобрили, а члены секций высказали и уже приступили к созданию своих специализированных страниц.

В ходе заседания состоялось и тематическое обучение. В сотрудничестве с Кемеровской ассоциацией и доктором юридических наук Татьяной Грачевой участники погрузились в сложнейшую тему правовых рисков в работе сестринского персонала. Сегодня любой медработник должен быть юридически грамотным, дабы действовать в рамках своих полномочий, меняющегося правового поля и в том числе отражать атаки в виде пациентского экстремизма. А еще правовые механизмы таковы, что любой медицинской организации выгодно, чтобы обвинение в вероятных ошибках было не институциональным, а индивидуальным. Поэтому медицинский работник, в отношении которого так и не принят закон о страховании профессиональных рисков, очень часто становится заложником той ситуации оказания помощи, условия которой ему не подвластны... и в том числе поэтому так важна сегодня деятельность профессиональных ассоциаций, которые в трудную минуту готовы прийти на помощь и оказать своим членам как минимум моральную и юридическую поддержку.

Масса впечатлений и новых планов, надежд на позитивные перемены и приглашений посетить друг друга в регионах, – радостными, окрыленными и отчасти озадаченными участники Совета покидали Санкт-Петербург, чтобы обязательно вернуться с новыми результатами, достижениями и победами. А лидеры РАМС в очередной раз привели сестринское дело в движение, дабы в 2020 году Россия встречала Год медицинской сестры и акушерки с более четкими планами в отношении роли и места специалиста в практическом здравоохранении.



Своей профессией горжусь!



24 марта 2019 года свой 60-летний юбилей и 41 год работы на скорой помощи отметила главный фельдшер БУЗ СМП Республики Марий Эл Ольга Витальевна Сироткова. Не сворачивая с избранного пути, великодушная, готовая поддержать других в трудную минуту, дорожа приятельскими отношениями с коллегами, Ольга Витальевна предана не только своему делу, но и месту работы.

В теперь уже далеком 1978 году после окончания Йошкар-Олинского медицинского училища без малейших колебаний приняла решение, что должна работать на «скорой». Начала фельдшером выездной бригады, затем фельдшером бригады интенсивной терапии. В 1986 году закончила заочно Марийский государственный университет по специальности «Преподаватель биологии и химии», не оставляя основной профессиональной деятельности. В 2005 году Ольга Витальевна была назначена на должность главного фельдшера – вот где по-настоящему раскрылись ее организаторские таланты.

По мнению коллег, Ольга Витальевна – прирожденный лидер, занимает активную жизненную и общественную позицию. Одной из первых вступила в Ассоциацию средних медицинских работников Республики Марий Эл. Является членом правления и председателем секции «Фельдшера СМП».

Сегодня под руководством Ольги Витальевны трудится 180 специалистов, 75% из них имеют высшую квалификационную категорию, 80% – члены Ассоциации. Коллектив относительно молодой и постоянный, любят свою профессию, ответственно и добросовестно относятся к своей работе. 56 фельдшеров имеют диплом об окончании высшего учебного заведения не-медицинского профиля. Это положительно влияет на повышение культуры поведения фельдшеров при оказании помощи пациентам.

Поздравляя Ольгу Витальевну с юбилеем, мы не могли не поинтересоваться тем, как живет сегодня коллектив СМП в Республике Марий Эл, какие перемены происходят, насколько болезненно или, напротив, с воодушевлением они воспринимаются специалистами.

– **Ольга Витальевна, происходит ли в Вашем регионе изменение кадрового состава бригад СМП?**

– Для Республики Марий Эл вопрос изменения кадрового состава станции СМП действительно актуален. Врачебные бригады постепенно заменяются фельдшерскими, наблюдается отток врачебных кадров в другие регионы с более высоким уровнем оплаты труда.

– **Как Вы оцениваете возрастание доли фельдшерских бригад – хорошо это или плохо? Повлияло ли это на качество оказания помощи и на обеспеченность кадрами? Возникают ли сложности с уровнем подготовки фельдшеров и, если да, то как Вы их решаете?**

– Фельдшера с работой справляются – проблем с уровнем подготовки нет. Медицинский колледж Йошкар-Олы проводит циклы повышения квалификации среднего медицинского персонала, в том числе и для фельдшеров выездных бригад скорой медицинской помощи.

– **Как меняется оснащение машин СМП, появляется ли новое оборудование, сложные аппараты, как организовано обучение фельдшеров работе с новой техникой?**

– Состояние оснащения машин СМП регулярно отслеживается, любые

неполадки устраняем своевременно, появляется и новое оборудование. Для обучения проводим лекции и практические занятия. Молодым и начинающим сотрудникам даем возможность наблюдать за действиями опытного медицинского персонала на вызовах. Перед допуском к самостоятельному использованию новой аппаратуры фельдшера сдают зачет – рассказывают об устройстве и принципе работы аппарата, демонстрируют навыки владения. При этом специалист должен продемонстрировать действительно уверенное владение аппаратом – ведь работать с ним предстоит не в идеальных условиях экзамена, а в пути, реализуя весь комплекс помощи на догоспитальном этапе.

– **С какими вызовами фельдшерам сегодня приходится сталкиваться чаще всего, какие вызовы в общей структуре преобладают?**

– Наверное, данные по республике примерно такие же, как по России. Чаще всего вызывают по поводу сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Далее идут травмы, обострения хронических заболеваний и отравления различной этиологии. Соотношение их изменчиво. Зависит от времени года, погодных аномалий. В целом, на территории, которая находится в зоне обслуживания Республиканской СМП, проживает более 270 000 человек, за год поступает около 85 000 обращений.

– **Наверняка в зоне обслуживания не только много людей, но и территория обширная. Как налажено и развивается взаимодействие СМП с другими службами, например, санитарной авиацией?**

– Мы прекрасно понимаем, что служба СМП сегодня должна быть го-





приходят сотрудники правоохранительных органов. При затрудненном доступе к пострадавшему обращаемся за помощью к МЧС. При необходимости бригада может связаться с оперативным отделом, получить консультацию старшего врача смены или вызвать на себя специализированную бригаду. К сожалению, действующее законодательство практически не защищает работников «скорой» от нападений и агрессии со стороны пациентов, их родственников и друзей.

– Значит, проблема безопасности специалистов для Вас актуальна. Как решаете?

– На данный момент справляемся только своими силами, инструктируем сотрудников, как необходимо вести себя в ситуациях, где им угрожает опасность. Надеемся, что в ближайшее время будет разработано адекватное законодательство в отношении этих ситуаций.

Ольга Витальевна, спасибо и еще раз поздравляем Вас с юбилеем! Уверены, что при Вашем деятельном участии СМП Республики будет и далее развиваться и твердо стоять на страже здоровья жителей региона!

това ко всему. Сегодня мы в режиме повседневной работы взаимодействуем с другими службами. Это территориальный центр медицины катастроф, МВД и МЧС. По их вызову СМП обеспечивает дежурства выездных бригад при угрозе развития ЧС. Регулярно проводим совместные учения, которые помогают медицинским работникам бригад слаженно взаимодействовать с другими службами в случае возникновения ЧС. А с 2020 года в республике начнет функционировать и воздушная

транспортировка, – ждем и осуществляем подготовку.

– Ольга Витальевна, сталкиваются ли фельдшера с нестандартными клиническими ситуациями? Как действуют?

– Зачастую нестандартные случаи это отнюдь не заболевание, нераспознанное фельдшером. В основном, это агрессивное поведение, спровоцированное различными причинами. В случаях явной угрозы здоровью медицинских работников и окружающих людей на помощь

Фельдшер – востребован страной и необходим сельчанам

15 февраля 2019 года состоялась встреча Председателя Совета Федерации РФ Валентины Матвиенко с тружениками социальной сферы села. Среди участников – сельские учителя, медицинские, социальные работники, представители учреждений культуры из 78 регионов страны.

На этом мероприятии посчастливилось участвовать члену ассоциации медицинских сестёр, представителю сельского здравоохранения Тюменской области, заведующему Андреевским фельдшерско-акушерским пунктом, фельдшеру ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» Светлане Григорьевне Семеновой. Этой чести она удостоилась за победу в 2018 году в областном конкурсе «Мое призвание – сельская медицина».

Глава Совета Федерации отметила, что ежегодные встречи с сельской интеллигенцией стали доброй и полезной традицией. «Мы – палата регионов, и в своих решениях всегда идём от земли, от реалий и конкретики, и ре-

комендации, которые вырабатываются по их итогам, не остаются на бумаге, а воплощаются в практические дела, и много из того, что сделано за последний год, в том числе это те рекомендации, которые были высказаны участниками подобных встреч».

Валентина Ивановна отметила, что все собрались в этом зале для нефор-

мальной встречи, просила высказать, какие проблемы существуют на селе, в чем нужна помощь, а также чем живет сельское население и какое настроение у жителя села.

Участники встречи обсудили вопросы достижения устойчивого социально-экономического развития, популяризации сельского и экологиче-





ского туризма, поддержки учреждений культуры, расположенных в сельской местности, кадрового обеспечения образовательных и медицинских организаций, в частности, привлечения квалифицированных специалистов.

В рамках встречи состоялось награждение лучших руководителей и специалистов социальной сферы села. По итогам обсуждения участниками встречи была принята резолюция. В документе отмечено, что в России есть все предпосылки для развития современной социальной инфраструктуры сельских территорий, и это должно стать одним из основных векторов государственной политики на всех уровнях власти для обеспечения достойного уровня жизни на селе. Завершилось мероприятие экскурсией по Москве и праздничным благотворительным концертом.

После возвращения на тюменскую землю Светлана Григорьевна с большим восхищением отметила, что быть участником мероприятий такого уровня, – почетно и ответственно. Участие в политически значимых событиях становится большим стимулом к работе, повышению квалификации, самообразованию и пониманию того, что ты востребован страной и необходим сельчанам.

*Алина Девятова,
главная медицинская сестра
ГБУЗ ТО «Областная больница № 19»,
председатель
специализированной секции
ТРОО ТОПСА «Лечебное дело»*

«Главное, ребята, сердцем не стареть!»

В Йошкар-Олинском медицинском колледже отметили 90-летие бывшего директора медучилища (1956–1987 годы) Наталии Федоровны Семячкиной.

Какую прекрасную жизнь нужно прожить, чтобы на твой день рождения в 90 лет пришло столько гостей! И не просто пришли засвидетельствовать свое уважение и сказать «дежурные» поздравительные слова, а вспомнить удивительные моменты совместной работы, рассказать на конкретных примерах, каким директором была Наталия Федоровна. И восхититься ее поразительно светлой памятью, хранящей имена-отчества, фамилии коллег и учеников, картинки из жизни учебного заведения, которым она руководила больше 30 лет.

– В нашей библиотеке насчитывалось 75 тысяч экземпляров учебников и книг. Я приехала в Москву проверять медучилище, спрашиваю, сколько же у них на группу из 30 человек приходится учебников по хирургии. Мне говорят – 10. А у нас в училище у каждого студента есть учебник. И на каждом столе на занятиях лежит шикарный анатомический атлас!

– В наше время в стране было 365 медицинских училищ, и наше всегда входило в первую десятку.

– А помните, как мы выписали на училище журнал «Мода», и проверяющие строго спрашивали: «А зачем это вам, Семячкина, журнал мод? Для себя выписываете?». А я отвечала: «Да у меня стандартная фигура, обновки себе

в Белоруссии покупаю, там сестра живет. А журнал нужен для наших студентов, чтобы когда они снимут белый рабочий халат, под ним была модная красивая одежда».

– Мы покупали для наших лыжников и легкоатлетов шикарные спортивные костюмы, они всегда выглядели



лучше всех и результатов добивались классных.

– А как мы радовались, когда наконец-то построили новое здание училища! У нас появилась своя столовая. А раньше наши ребята бегали в столовую Политеха за пирожками по пять копеек.

Наталия Федоровна закончила в Йошкар-Оле школу с золотой медалью, затем – Ленинградский санитарно-гигиенический институт и вернулась на малую родину, чтобы здесь делиться не только профессиональными

знаниями, но и тем культурным багажом, который получила в городе на Неве.

Студенты медучилища всегда отличались тем, что не только приобретали знания, но и активно занимались спортом и художественной самодеятельностью, участвовали в стройотрядовском движении и организовывали веселые праздники. Сегодня многие выпускники – известные в республике люди, успешные профессионалы, хранящие в сердце благодарность родному училищу и его директору.

Стоит отдать должное коллективу медицинского колледжа, организовавшему достойное торжество по случаю юбилея Н.Ф. Семячкиной. Бывшие коллеги и нынешнее молодое поколение преподавателей подготовили фильм о Наталии Федоровне, в котором рассказали о самых важных событиях в ее судьбе. Многочисленные гости выступили с поздравлениями, вручали подарки и цветы, а студенты колледжа подарили юбилярше концерт.

В своем ответном слове Наталия Федоровна поблагодарила всех за внимание и обратилась к молодежи с пожеланиями любить свою профессию, всегда помнить родное учебное заведение и быть счастливыми.

«Встретимся на следующем юбилее!» – пусть непременно сбудется это пожелание друзей, коллег и студентов. Живите долго-долго, Наталия Федоровна!

Ольга Бирючева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В МОСКОВСКОМ СТАНДАРТЕ ПОЛИКЛИНИКИ



Калинина Ирина Геннадиевна
Окружной внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ГКУ ДКД МО ДЗМ (ЮВАО), член правления РООМС, главная медицинская сестра ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»

За последние несколько лет в столичном здравоохранении произошли существенные изменения – были реализованы сразу несколько программ модернизации, включая «Столичное здравоохранение», приоритетный национальный проект «Здоровье» и Территориальную программу государственных гарантий.

В 2015 году был разработан Краудсорсинг-проект «Московская поликлиника». Его задачей стало изучение предложений горожан о том, как сделать запись к врачу более доступной, сократить очереди в поликлиниках, уменьшить число ненужных для пациента посещений поликлиники, повысить комфортность пребывания, изменить имидж столичного здравоохранения. По итогам 27 тыс. предложений, полученных от москвичей на портале «Активный гражданин», Департамент здравоохранения Москвы разработал программу повышения качества обслуживания – «Московский стандарт поликлиники».

Новая система включила в себя механизмы по сокращению очередей, улучшению работы регистратуры, повышению комфорта в поликлинике. Была упрощена процедура выписки льготных рецептов для хронических пациентов, созданы отдельные бригады для выездов на дом, медицинские сестры выведены за рамки приема, создана патронажная служба медицинских сестер.



Акцент на вежливость и внимание – важная составляющая московского стандарта.

Еще несколько лет назад столичные поликлиники вызвали у многих не самые приятные ассоциации: вечные очереди, неработающие санузлы, проблемы с получением карты, трудности при записи к врачу... Неудивительно, что большинство москвичей предпочитали обращаться в частные клиники, руководствуясь соображениями, что за деньги лечат лучше. Но устоявшееся мнение необходимо менять – городские поликлиники перешли на новый стандарт работы. Теперь столичные государственные медицинские учреждения ничуть не уступают частным.

На сегодняшний день все столичные поликлиники перешли на новый стандарт работы, и каждый медработник понимает, как ему следует теперь работать, начиная с вежливого общения с пациентом и заканчивая организацией своего рабочего пространства и выполнения своих обязанностей.

Целью стандарта является повышение качества лечения и обслуживания, удовлетворенности пациентов, эффективности работы медицинских работников и изменение имиджа столичного здравоохранения.

Московский стандарт включает в себя комплекс мероприятий, а произошедшие перемены сложно не заметить, ведь все начинается уже со входа в медицинское учреждение.

Открытое пространство при входе в поликлинику организовано так,

чтобы пациенту сразу стало комфортно. Теперь в холле есть кулер с водой, вендинговый аппарат, в зонах ожидания установлена мягкая мебель и телевизоры. В поликлиниках стало уютнее и по-домашнему тепло.

Регистратура как подразделение поликлиники трансформирована в «картохранилище» и «стойку информации».

Картохранилище с 1 этажа переместили в другое помещение, сделали просторные холлы, провели косметический ремонт, организовали красивые информационные стойки вместо регистратуры, где медицинский персонал встречает пациентов с улыбкой. Акцент на вежливость и внимание – важная составляющая московского стандарта.

Регистратуру заменили на картохранилище. Все карты, которые хранились в регистратуре, вынесли в отдельное помещение, куда нет доступа для пациентов. Когда пациент записывается к врачу, его амбулаторная карта заблаговременно доставляется в кабинет специалиста. Карты предварительно подбираются на приём медицинскими сестрами по данным записи ЕМИАС или по звонку врача или медицинской сестры с «Сестринского поста» или от инфомата, если пациент только записался на прием.



На каждом этаже поликлиники, лестничных холлах размещена наглядная навигация, которая позволяет с легкостью найти нужный кабинет. Вся навигация, включая таблички на кабинетах, выполнена в едином стиле, утвержденном Московским стандартом.

Стандартный маршрут пациента начинается с входной зоны. Здесь его встретит администратор, который сможет грамотно ответить на любой вопрос и правильно маршрутизировать до нужного кабинета.

У инфомата пациента консультирует администратор поликлиники, где в вежливой и доступной форме он ответит на вопросы по организации работы, окажет помощь при записи на прием к врачу-специалисту через СУПП ЕМИАС, распределит потоки пациентов с учетом причин обращения. Администратор консультирует пациентов по вопросам, касающимся маршрутизации (прикрепление к медицинской организации, направление пациентов на «Сестринский пост», запишет на прием к дежурному врачу, врачу-терапевту участковому или врачу общей практики (ВОП), врачам-специалистам первого и второго уровней), своевременно информирует сотрудников картоохранилища о пациентах, записавшихся на прием «день в день» для обеспечения своевременной доставки медицинской документации пациентов в кабинеты приема.

Раньше после этого пациент шел в регистратуру за картой, а теперь идет сразу на прием к врачу, не задумываясь, где его медицинская карта.

В амбулаторно-поликлинических центрах созданы колл-центры, которые принимают вызовы от пациентов на дом. Для вызова бригады определен единый номер телефона, по которому принимаются вызовы в часы работы поликлиники. Трубку берет не просто оператор, а квалифицированный медицинский сотрудник, который может проконсультировать пациента, дать рекомендации: к кому лучше обратиться, вызвать врача на дом или прийти в поликлинику. Эти сотрудники могут сразу же записать пациента к специалисту через СУПП ЕМИАС.

Выездные бригады. Создание бригад по выездам на дом позволило расширить время приема терапевта в поликлинике с 4–5 до 8 часов в смену, а также увеличить время консультации одного пациента с 10 до 15 мин. Данные бригады оснащены автотранспортом и всем необходимым оборудованием (расширенный состав медикаментов, глюкометр, портативный ЭКГ) для обеспечения высокого качества по-

мощи на дому. Это позволяет отслеживать состояние пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и учитывать эти показатели при назначении лечения.

Раньше пациента на дому посещал участковый терапевт, который добирался на вызов своим ходом. С собой у него был ограниченный набор препаратов и мединструментов. Теперь врач выезжает на вызов в автомобиле поликлиники. Оснащение выездных бригад автотранспортом сокращает длительность обработки одного вызова на дом в среднем с 30 до 17 минут по сравнению с пешим обходом участка. При этом время осмотра пациента не уменьшается и в обоих вариантах составляет в среднем 15 минут. Лист осмотра поступает в поликлинику к заведующему терапевтическим отделением, если есть необходимость, лечение координируется лечащим врачом.

Введены должности фельдшера для выписки повторных рецептов хроническим больным в ситуации, не требующей коррекции лечения.

В каждом филиале поликлиники работает дежурный врач. Пациентам с острой болью предоставлена возможность без предварительной записи попасть на прием к дежурному врачу в день обращения.

Внедрена система приёма пациентов средним медицинским персоналом (без участия врача) на «Сестринском посту» для выписки медицинских документов (различные справки, санаторно-курортные карты), измерения АД и других процедур, не требующих участия врача. Данные посещения составляют до 50% всех приемов пациентов и их выполнение на «Сестринских постах» значительно снижает нагрузку на врачей и позволяет им заниматься непосредственно лечением. Прием на «Сестринском посту» ведет медицинская сестра, которая поможет записаться на прием к врачу, даст разъяснения, порекомендует специалиста.

«Сестринский пост» входит в состав терапевтического или профильного отделения, обеспечивает формирование и распределение потоков пациентов по цели обращения в поликлинику, оформление медицинской документации по назначению врача-терапевта участкового и врачей-специалистов, запись на прием к врачу в системе ЕМИАС.

На «Сестринских постах» установлены электронные тонометры. Пациенту достаточно положить руку в специальный аппарат, давление автоматически будет измерено, а результат будет распечатан на небольшом чеке, который пациент потом покажет врачу.

Накануне приема сотрудник «Сестринского поста» обзванивает пациентов, напоминает, что завтра у них прием и спрашивает, придут ли они к врачу. Если по каким-либо обстоятельствам человек не может прийти в поликлинику, ему предлагают перезаписаться на другой день. Это уменьшает количество неявившихся на прием пациентов.

В поликлиниках функционируют отделения медицинской профилактики, которые занимаются диспансеризацией прикрепленного населения, при выявлении хронических заболеваний данные передаются участковому врачу-терапевту, где врач ставит пациента на диспансерное наблюдение.

Диспансеризация – это возможность прийти и проверить свое здоровье любому гражданину Российской Федерации, начиная с 21 года, один раз в три года. Хотя приветствуется

желание человека пройти обследование в любое время, даже проводятся специальные акции, привлекающие внимание пациентов. Пройти диспансеризацию или профилактический осмотр в поликлинике можно за 90 минут в день обращения или по предварительной записи.

год	Количество прошедших диспансеризацию и профосмотры	Количество прошедших 2 этап диспансеризации	Выявлено и подтверждено онкологических заболеваний
2016	29 071	5277	21
2017	34 851	14 434	13
2018	37 797	15 782	28

В динамике можно увидеть увеличение количества прошедших диспансеризацию, отправленных на 2 этап диспансеризации и взятых на учет пациентов.

В каждой поликлинике открыт кабинет профилактики инсульта и инфаркта, где работают наиболее высококвалифицированные кардиологи совместно с медицинской сестрой. На сегодняшний день у кардиолога состоит на учете 937 человек. Если не требуется контроль и корректировка лечения, пациент посещает врача раз в полгода.

Осмотр онкологических пациентов на дому для выписки наркотического средства осуществляет врач паллиативной медицины. В рамках Московского стандарта организована патронажная служба, где основная роль отведена медицинским сестрам, которые оказывают медицинскую помощь на дому, социальную и психологическую поддержку больным и членам их семей, обеспечивают физический комфорт. Эта служба осуществляет взаимосвязь и преемственность в работе выездной патронажной службы с подразделениями поликлиники.

Московский стандарт позволил поликлинике маршрутизировать потоки пациентов и реализовать те возможности, которые имеются в медицинском учреждении. Врачи первого уровня – терапевты, хирурги, оториноларингологи, офтальмологи, – сами направляют пациента к нужному доктору.

Пациенты с хроническими заболеваниями – в центре внимания

Целью программы «Ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями» является повышение качества медицинской помощи пациентам пожилого возраста, имеющим три и более хронических заболевания, за счет индивидуального подхода и раннего предупреждения возможных осложнений.

Критериями отбора пациентов для наблюдения является пенсионный возраст и наличие более трех хронических заболеваний из следующего списка: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, бронхиальная астма, ХОБЛ, цереброваскулярная болезнь, перенесенные инфаркт или инсульт; а также невозможность самостоятельного посещения поликлиники. Все пациенты обеспечиваются памятками по заболеваниям и дневниками контроля АД.

С помощью мобильной связи пациент может позвонить своему врачу или медицинской сестре, чтобы записаться



на прием, получить нужный совет, проконсультироваться. На участке одного выделенного врача-терапевта наблюдается около 500 пациентов, что в разы меньше, чем у обычных участковых врачей, и это позволяет уделять пациенту во время приема от 30 до 60 минут.

В проекте участвуют 8 врачей и 8 медицинских сестер, прошедших специальное обучение по этой программе.

Врачи этих участков работают с медицинскими сестрами и занимаются лечением только данной группы пациентов. Это дает возможность сосредоточиться на конкретном пациенте и подойти к решению его проблем комплексно, с учетом специфики лечения разных заболеваний.

Врач, медицинская сестра и пациент ощущают себя единой командой в борьбе с хроническими заболеваниями. Медики достаточно ориентированы по ведению каждого пациента, стараются помнить индивидуальные показатели здоровья каждого.

год	Количество прикрепленных пациентов к участку врача программы	Общее количество приемов	Перевод пациентов в патронажную службу (обслуживание на дому)
2017	3662	11 875	–
2018	4079	42 321	85

В данном проекте возрастает престиж медицинской сестры. Медицинские сестры не только заняты разного рода бумажной работой и ведут регистр прикрепленных к проекту пациентов, но и осуществляют контроль за лечением (анализ результатов в дневниках АД и уровня сахара, интерпретация анализов, и т. д.), активно участвуют в реализации немедикаментозных методов лечения, давая подробные пояснения по режиму питания, физической активности, образу жизни. Проактивно общаются с пациентом по телефону, напоминая о необходимости прибытия на исследования, прием, получение лекарственных препаратов и т. д. На все лекции и конференции медицинские сестры приглашаются наравне с врачами, также они совместно участвуют в клинических разборах. Все это значительно повышает статус и самореализацию медицинской сестры.

Именно активность медицинских сестер в данном проекте и тесное их взаимодействие с врачом способствуют развитию приверженности пациентов к лечению.

Медицинская сестра первой сталкивается с трудностями: это и первичный отбор пациентов совместно с врачами, ин-

формирование пациентов по телефону, ответы на «неудобные» вопросы, долгие беседы о комплексном подходе к лечению вместо приема «волшебной таблетки», напоминания о ведении дневника гипертоника, своевременном посещении врача и предварительной записи.

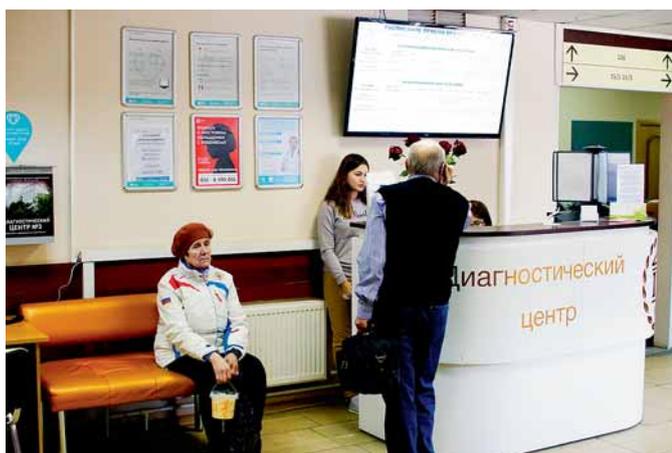
Вся актуализированная информация о пациенте, его заболеваниях, динамике его клинических показателей, наличию вызовов скорой медицинской помощи и госпитализациях концентрируется в специальных электронных регистрах, которые ведутся сестрой на каждом участке.

Внедрение этого проекта позволило снизить количество вызовов врача на дом, число госпитализаций, число необоснованных обращений в поликлинику. У пациентов улучшились показатели артериального давления, гликированного гемоглобина.

Обратная связь – это отдельный блок мероприятий Московского стандарта. Всем пациентам, у которых есть личный кабинет на портале госуслуг, на следующий день после приема на мобильный телефон приходит сообщение от главного врача с просьбой оценить работу поликлиники. Пациенты также могут оставлять свои комментарии.

Любой желающий может написать свои предложения, замечания, обращения и оставить их в специально организованном месте – стойке обратной связи. Стойка оснащена телефонной связью и информационным плакатом с указанием телефонов «горячей линии» поликлиники. Каждое обращение оперативно обрабатывается, при необходимости принимаются меры по устранению каких-либо недостатков в организации работы. Каналов обращения стало гораздо больше: можно написать, позвонить, а также зайти на портал «Наш город», оставить сообщение, посетить сайт департамента или сайт поликлиники, а также прислать электронное письмо.

Внедряются новые инструменты обратной связи: пульта с набором смайликов и сервис «sms-оценка». В обоих случаях пациент сможет сразу же после визита поделиться своим впечатлением, нажав на пульте нужную кнопку-эмоцию или отправив бесплатное сообщение о качестве обслуживания. Впоследствии вся полученная информация будет анализироваться руководством, и если действия медработника вызовут вопросы, могут последовать санкции. Получение обратной связи от населения о работе поликлиник является неотъемлемой частью нового стандарта. Это помогает нам увидеть недостатки в работе и вовремя



их устранить, повышает мотивацию для изменений, позволяет выделить лучших сотрудников или, наоборот, тех, на кого чаще поступают жалобы, и принять соответствующие меры.

Внедрение Московского стандарта поликлиники позволило повысить доступность помощи, дать врачам больше времени на прием пациентов, а также повысить комфортность посещения поликлиники и привлекательность медицинских учреждений. Но выбор поликлиники всегда будет зависеть от обстоятельств и желания каждого пациента.

Как изменилась роль медицинской сестры в рамках Московского стандарта?

Основной смысл выведения медицинской сестры за рамки врачебного приема – повышение статуса медицинской сестры амбулаторно-поликлинического звена, изменение её взаимоотношений с пациентами. До сих пор медсестра была функционально-бумажным помощником доктора, а не пациента. Внедрение ЕМИАС сделало её присутствие в кабинете и вовсе необязательным.

Медицинская сестра теперь может самостоятельно общаться с пациентами, помогать им в решении многих проблем, при этом не обращаться за помощью к врачу. И хотя в большинстве учреждений здравоохранения остается сложившийся традиционный подход к роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе и пока ей отводят роль исполнителя предписаний врача, очень хочется верить в то, что в процессе реформирования системы здравоохранения утвердится более весомая клиническая роль медицинской сестры, вырастет ее профессиональный и социальный статус и в целом престиж профессии.

Сегодня большое внимание уделяют непрерывному обучению медицинских сестер, проводятся семинары по повышению мотивации, пациенто-ориентированности, профилактике эмоционального выгорания, развитию компетенций и стрессоустойчивости, доступны занятия в симуляционных центрах. Обладая новейшими знаниями, медицинские сестры смогут более качественно и эффективно выполнять свою работу, что отразится не только на благополучии пациентов, но и на удовлетворенности самих медицинских сестер своей работой.

ВСЕ ГЕНИАЛЬНОЕ – ПРОСТО!

ИСТОРИЯ О ТОМ, КАК МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ WHATSAPP ИЗМЕНИЛО ЖИЗНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И СОТЕН РОДИТЕЛЕЙ НА ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ



Полякова Ольга Викторовна

Участковая медсестра СПб ГБУЗ
Детская городская поликлиника № 68,
поликлиническое отделение
№ 66 Красногвардейского района
Санкт-Петербурга



Так сложились обстоятельства, что однажды мой участок остался без врача, и в этот момент главной задачей стало своевременное оповещение родителей об изменениях в его работе.

Все мы сталкивались с проблемой дозвониться до справочного поликлиники, а особенно с утра и в понедельник. Ожидание вызова, мягко говоря, иногда затягивается. Конечно, хотелось, чтобы информация стала доступной и охватывала наибольшее количество человек.

В своей практике я использую WhatsApp и Viber довольно давно, но писать каждому о расписании работы поликлинических подразделений и специалистов, об изменениях в работе учреждения или иных важных вопросах индивидуально очень сложно, особенно когда родителей больше 100 человек. Вот тут и возник вопрос «Что делать?». Знаю, что многие учителя, родительские комитеты в школах и детсадах создают сообщества в WhatsApp, Viber или «ВКонтакте». Что лучше? Проанализировав все плюсы и минусы, а их оказалось немало, я остановила выбор на WhatsApp. Да и большинство родителей уже там были.

Итак, группа была создана, родители включены в ее состав, и теперь нужно было сделать ее полезной, информативной и дружеской. Первое, что я сделала, четко написала правила группы:

запрещалась реклама, продажа и предложение различных услуг, добрые и «лечебные» советы родителей. Вопросы по работе поликлиники задаются в группе, а вот вопросы по детям только в личные сообщения. Поначалу некоторые родители покинули группу, но это было предсказуемо, так как многие растерялись и не поняли, для чего это нужно. Спустя время практически все вернулись и активно участвуют в жизни группы.

В чем же помощь моей группы в работе, ведь это лишняя нагрузка, ответственность, время? Помощь группы заключается не только в организации посещения поликлиники, но и во многих других моментах. Вот, например, диспансеризация детей первого года, – летом из-за отпусков не все прошли специалистов, мне нужны списки таких детей и не пройденных ими специалистов – пишу объявление в группе с вопросом, кто кого не прошел, и вот, по прошествии часа, список готов! Быстро и удобно, не надо тратить массу времени на индивидуальный контакт и выяснение. Так же с талонами к специалистам – кто-то не смог пойти на запланированный прием и написал в группу: «отдам талон». В результате всем хорошо, родители получают нужный талон, поликлиника и специалист не простаивают. А еще, как и в любой поликлинике, у нас проходят проверки медицин-

ских карт, которые не всегда могут быть на месте (иногда карты требуются для посещения специалистов в других медицинских организациях), но есть выход – сообщение в группу и оперативные действия родителей по возвращению документа.

Достоинство WhatsApp – это доступность везде, где есть интернет, быстрота передачи информации и отслеживание обратной связи – прочитано сообщение или нет. Я точно знаю, приглашение на прием, к специалистам, изменение в работе участка и другая информация прочитана и принята к сведению.

Есть, конечно, и минусы, но где их нет. В процессе работы постоянно происходят исправления и добавления нового. Главное, начать и отнестись к этому серьезно, так как времени это отнимает немало и объем информации большой.

И, конечно, хотелось бы поблагодарить родителей своего участка за поддержку и активное участие в развитии группы. Приятно видеть, что иногда сами родители, общаясь в группе, быстрее меня ответят, как работает тот или другой врач, есть ли изменения в расписании и как оформить ребенка в детский сад.

В конце хочу добавить, что создать группу можно в любых сетях, было бы желание. Главное, не бояться и все получится!

О реализации Федерального проекта «Бережливая поликлиника» БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4»



Ходыкина Екатерина Андреевна
Главная медицинская сестра БУЗ ВО
«Воронежская городская клиническая
поликлиника № 4»



Плавайко Елена Владимировна
Заместитель главного врача
по поликлинике № 4



Ивлева Светлана Викторовна
Председатель Комитета
по сестринскому делу Ассоциации
работников здравоохранения
Воронежской области

Целью совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи в городе Воронеже реализован Федеральный пилотный проект «Бережливая поликлиника». В реализации проекта принимают участие четыре медицинских учреждения. Основными направлениями проекта стали модернизация медицинской помощи, оказываемой в поликлинике и на дому, обеспечение доступности, удовлетворенности и качества оказания медицинской помощи населению.



Госкорпорация «Росатом» совместно с Министерством здравоохранения РФ принимает участие в Федеральном проекте «Бережливая поликлиника». Он призван повысить эффективность работы лечебно-профилактических учреждений и общую доступность медицинской помощи в различных регионах страны.

Суть проекта заключается во внедрении принципов производственной системы «Росатом» (ПСР) в амбулаторно-поликлиническом звене медицинских учреждений. Проект в разы сокращает очереди, ускоряет сдачу и выполнение анализов, упрощает запись к терапевту и позволяет обслуживать гораздо больше пациентов при том же количестве ресурсов. Все это позволяет сэкономить время как медицинского персонала, так и пациентов.

Важно отметить, что проект «Бережливая поликлиника» направлен на решение системных проблем здравоохранения, являющихся общими для учреждений медицины разных уровней и ведомственной принадлежности. Организаторы рассчитывают, что одним из побочных эффектов реализации проекта станет создание доброжелательной атмосферы в медучреждениях, и, как следствие, повышение удовлетворенности потребителей медицинских услуг.

«Бережливая поликлиника» в целом подразумевает целый ряд процессов, которые можно оптимизировать. В частности, в рамках проекта перестраивается работа регистратуры медучреждения с учетом современных стандартов коммуникации, информатизации и формирования доступной среды для маломобильных групп населения. Внедряется электронная очередь. Врачи освобождаются от несвойственной им работы, в том числе бумажной. Меняется логистика в том, что касается вакцинации, профилактических осмотров, диспансеризации, получения льготного лекарственного обеспечения. Разводятся потоки здоровых посетителей, которым нужны только справки и профилактические осмотры, и заболевших, в том числе пациентов с вирусной инфекцией. Улучшается эргономика на рабочих местах медперсонала.

Пилотный проект «Бережливая поликлиника» был реализован в целом ряде регионов РФ, включая Воронежскую область. О том, что удалось сделать, каких изменений достичь, с читателями «Вестника» делятся непосредственные руководители и лидеры проекта.



«Воронежская городская клиническая поликлиника № 4» является самым крупным лечебно-профилактическим учреждением города Воронежа, оказывает медицинскую помощь 187 077 населения.

В рамках проекта проведен ряд преобразований. С целью обеспечения планового приема врачей внедрена электронная запись, услугами которой воспользовались более 300 000 человек. Внедрены современные информационные системы, закуплены инфоматы, компьютеризированы 516 рабочих мест, установлена локальная сеть, связывающая все структурные подразделения организации. Данные мероприятия легли в основу работы с электронной амбулаторной картой и значительно сократили потоки пациентов, обращающихся для записи на прием непосредственно в регистратуру и, как следствие, привели к уменьшению очереди.

В настоящее время в поликлинике функционирует регистратура открытого типа, что позволило наладить визуальный и психологический контакт регистратора с пациентом. Часть функций регистратуры по предоставлению информации возложили на информационно-справочный отдел.

Основные цели справочного отдела:
1. Качественное и оперативное справочно-информационное обеспечение запросов пациентов.

2. Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи в поликлинике.

3. Повышение результативности медицинской помощи в поликлинике.

4. Повышение удовлетворенности прикрепленного населения в оказании медицинской помощи.

Информационно-справочный отдел предоставляет пациентам разнообразную информацию о первичной медико-санитарной помощи поликлиники:

- о видах предоставляемых медицинских услуг в поликлинике;
- о месте нахождения, подробной схеме проезда и телефонах для связи;
- о видах и порядке оказания медицинской помощи, предоставляемой учреждением в объеме Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной МП;
- о видах и порядке предоставления медицинской помощи на платной основе;
- о видах оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
- о территории обслуживания населения учреждением;
- о режиме работы учреждения, отделений, графике работы каждого специалиста в течение недели;
- о наличии талонов для записи на прием к врачу в течение рабочей недели;
- о порядке записи на прием к врачу;
- о порядке прикрепления для мед. обслуживания;
- о порядке получения справок врачебной комиссии по уходу за больным;
- о порядке направления на МСЭ;
- о порядке направления в областные и республиканские медицинские учреждения и центры;

- о лицах, относящихся к льготной категории для получения лекарственных препаратов, санаторного лечения;
- о порядке оформления документов для получения инвалидами средств технической реабилитации.

Отдельно от регистратуры создано картоохранилище, для которого разработана электронная программа движения амбулаторных карт со считывающим штрихкодированием, позволяющим оперативно отследить местонахождение амбулаторной карты, обеспечить их сохранность, ликвидировать очередь в регистратуру, сократить время пребывания пациента в поликлинике.

С целью высвобождения времени врача на приеме и обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи, повышения удовлетворенности населения организована работа кабинетов дежурных врачей (терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, лор, педиатра), ведущих прием внеплановых, экстренных пациентов. Организована работа 15 сестринских постов в терапевтических и специализированных отделениях (хирургии, неврологии, эндокринологии) женской консультации и детской поликлинике, что обеспечило плановость в работе участковых врачей и узких специалистов, стало гарантией приема по времени, указанного в талоне.

Сестринские посты выполняют широкий спектр функциональных обязанностей, наделяют сестер самостоятельной ролью, повышают престиж и значимость профессии.

Для непрерывной работы сестринских постов по графику работы учреждения выделены ставки медицинских сестер. Это позволило сократить трудозатраты и высвободить медицинскую сестру для ведения плановой, профильной работы. Роль сестринского поста заключается в обеспечении пациента помощью в максимально сжатые сроки. Пост позволил передать часть функций врача медицинской сестре, обеспечить плановость в работе врача.

Медицинская помощь, оказываемая на сестринском посту, включает до 30 видов услуг:

- обеспечение врача амбулаторными картами для приема;
- формирование потоков пациентов по целям обращения;
- проведение предварительного осмотра перед приемом врача согласно профилю отделения;
- обзвон за два дня записавшихся на прием пациентов с целью уточнения причин визита к врачу и при необходимости перенаправления на пост;
- выписка рецептов, выдача справок;
- запись на первичный и повторный прием по всем каналам записи;
- запись по квотам в другие лечебные учреждения города;
- проведение профилактических прививок, выписка прививочного сертификата;
- организация проф. осмотров и диспансеризации;
- проведение анкетирования пациентов;
- проведение сан-просвет. работы;
- прием вызовов из колл-центра и оформление вызовов мобильной бригады;
- консультирование пациентов по телефону;
- консультирование пациентов на «Сестринском посту»;

Работа «Сестринских постов» значительно сократила время пребывания пациента в поликлинике, обеспечила плановость в работе врача, доступность и благоприятную психологическую обстановку в отделениях.

Для решения задачи своевременно-сти обслуживания вызовов на дому создан колл-центр, который несёт функции обработки вызовов, консультирования пациентов и осуществляет запись на прием к врачу.

В терапевтических и педиатрических отделениях организована работа мобильных бригад. По предварительному обзвону поступивших вызовов с учетом причины вызова для определения срочности обслуживания формируется маршрут движения мобильной бригады. Машины мобильных бригад оснащены оборудованием



спутникового мониторинга движения «Глонасс». Система позволяет в режиме реального времени координировать маршрут движения транспорта при передаче вновь поступивших вызовов.

Работа мобильных бригад сократила время ожидания врача и позволила увеличить часовой интервал работы терапевта на приеме до 6 часов, тем самым улучшив доступность медицинской помощи пациентам в поликлинике и на дому. После посещения мобильной бригадой пациентов с хроническими заболеваниями, лиц маломобильной группы, лиц пожилого возраста, нуждающихся в коррекции лечения, дальнейшем динамическом наблюдении, патронаже медицинской сестры, паллиативной помощи, организации стационара на дому, дополнительном обследовании, консультации узких специалистов пациенты передаются на участок для решения возникших вопросов. Динамическое наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями позволило сократить количество вызовов «скорой и неотложной помощи». При патронаже медицинские

сестры осуществляют инъекции, перевязки, проводят забор крови и запись электрокардиограммы, физикальные исследования и ряд медицинских манипуляций с проведением сан-просвет. работы, обучением родственников правилам ухода за больными, консультированием по вопросам социальной помощи.

В летний период во время снижения пассивных вызовов по поводу острой патологии организованы месячники выездов мобильной бригады с активным посещением пациентов, состоящих на диспансерном учёте по нозологиям: гипертоническая болезнь, заболевания органов дыхания, онкологическая патология, а также к лицам геронтологической и маломобильной группы пациентов.

Участие в пилотном проекте по дистанционному мониторингу артериального давления позволяет добиться целевого уровня АД, вовремя скорректировать лечение, а значит сократить такие грозные осложнения, как острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения.

На базе поликлиники организован кабинет неотложной помощи. Основная функция неотложной помощи – это выезд на дом с участием врача и медицинской сестры. В настоящее время большое внимание уделяется работе с хроническими больными с целью повышения качества жизни и сокращения обострений.

Для оказания паллиативной медицинской помощи шестнадцать медицинских сестер прошли усовершенствование. Данный вид помощи пациентам в условиях кабинета или на дому в определенной степени улучшает качество жизни пациентов с различными формами злокачественных новообразований, с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии, с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения. Оказание паллиативной помощи осуществляется сестринским персоналом во взаимодействии с врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами узких специальностей, диагностическими и реабилита-

ционными отделениями и областными учреждениями.

В БУЗ ВО ВГКП № 4 создан кабинет гериатрической медицинской помощи в целях организации геронтологической медицинской помощи населению в амбулаторных условиях. Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, и пациентам иного возраста при наличии старческой астении.

Гериатрическая помощь оказывается на основе принципов соблюдения этических, деонтологических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к пациенту со стороны медицинских и иных работников.

При оказании медицинской помощи по профилю «гериатрия» в целях преемственности и взаимосвязи с организациями социального обслуживания, оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов со старческой астенией осуществляется взаимодействие врачей-гериатров, врачей-терапевтов участковых со специалистами по социальной работе и социальными работниками. Лица 60 лет и старше подлежат анкетированию. Анкетирование проводится анонимно в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного профиля (поликлиниках), оказывающих гериатрическую помощь, и в территориальных центрах социального обслуживания с использованием единой анкеты.

Для анкетирования используются простые анкеты, составленные по примеру широко применяемой и понятной для пациентов 5-балльной оценки состояния здоровья и качества оказания разнообразных услуг.

Организована предварительная запись и прием по времени в наиболее «проблемных» кабинетах поликлиники (кабинеты забора крови, флюорокабинет). В отделении медицинской профилактики произошли изменения в работе процедурного кабинета.

Изменен график работы процедурного кабинета. Если ранее он функциони-

ровал с 08:00 до 11:00, то теперь с 07:15 до 12:00. Ликвидирована талонная система на забор крови путем введения электронной предварительной записи со штрихкодированием на рабочем месте, с указанием времени, удобного для пациентов. В отделении установлены инфоматы со считывателем штрихкода с бланка направления на исследование. Кардинально изменены рабочие места в кабинетах по забору крови, исключая лишние движения медицинской сестры во время процедуры. Приобретены современные специальные кресла для комфортного нахождения пациента



во время процедуры по забору крови. Все виды забора крови привязаны к дате с шаговым интервалом 15 минут. Ранее интервал составлял 30 минут.

Время приема пациента сократилось в два раза, увеличилось количество принятых пациентов в смену в два раза. Тем самым был достигнут значимый результат: если ранее одна медсестра в смену принимала 38 пациентов, то сейчас – 77 пациентов; была ликвидирована очередь и сокращено время ожидания. Как следствие, удовлетворенность пациентов организацией процесса возросла. Изменения в работе процедурного кабинета позволили:

- исключить лишние перемещения медсестры в процессе забора крови;
- сократить время приема пациента в два раза;
- увеличить количество принятых пациентов в смену в два раза;
- установить равномерную нагрузку на каждую медицинскую сестру;
- ликвидировать очередь и время ожидания на всех этапах нахождения пациента в процедурном кабинете;

- повысить удовлетворенность пациентов организацией процесса.

Модернизация затронула и работу лабораторной службы. Было закуплено современное оборудование, позволяющее делать широкий спектр исследований по утвержденным стандартам, установлена программа ЛИС. Мощности лаборатории позволяют производить свыше 4 млн исследований. Данные меры решили проблему обеспечения населения лабораторными исследованиями, исключили ошибки, увеличили скорость регистрации и выдачу результатов анализов.

Поликлиника работает в шестидневном рабочем режиме, что дает возможность выравнять нагрузку на службы в течение недели и обеспечить оказание медицинской помощи работающей категории граждан.

Для расширения информационного поля об учреждении созданы информационные и навигационные стенды на всех этажах, на экранах в холлах. Созданы зеленые зоны в отделениях, что позволило обеспечить пациентам комфортное пребывание.

Организационно-методический отдел регулярно проводит мониторинг на удовлетворенность населения посредством независимого анкетирования. По результатам мониторинга на вопрос «удовлетворяет ли качество медицинской помощи?» ответили – «да»! в 2018 году – 74,7% респондентов.

Отношение медицинского персонала оценили «с вниманием и участием» в 2018 году 81,2% респондентов. Работой регистратуры удовлетворены 92,7% респондентов.

В 2018 году министр здравоохранения В.И. Скворцова посетила БУЗ ВО «ВГКП № 4», дав работе учреждения высокую оценку.

Реализация проекта «Бережливая поликлиника» изменила привычные представления о поликлинике – как у пациентов, так и у медицинского персонала. Наряду с формальным выполнением стандартов медицинской помощи и достижением экономической эффективности от внедрения проекта появилось творческое, «живое» отношение к работе, что не изменить только экономическими показателями.

МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПРИНАДЛЕЖИТ ВЕДУЩИЙ ГОЛОС В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ

Достижение «Здоровье для всех» – глобальная задача, вошедшая в повестку дня мировой политики уже более 40 лет назад в ходе Алма-Атинской конференции ВОЗ, посвященной первичному здравоохранению. По сей день поставленная задача не нашла своего решения, а на арену вышли новые вызовы, связанные с появлением новых заболеваний, демографическими изменениями, глобализацией и свободой перемещения товаров, услуг, людей и... болезней.

Путь к достижению здоровья для всех лежит через реализацию универсальной доступности помощи, а это и качество медицинской помощи, и равный доступ к медицинской помощи для всех, и защита населения от финансовых рисков, связанных со здоровьем. Что же в силах медицинской сестры? Если не все, то очень многое!

Например, медицинской сестре под силу сыграть большую роль в обеспечении глобальной безопасности и защите здоровья. Особенно важна эта роль в те моменты, когда общество страдает от вспышек инфекционных заболеваний – и здесь именно от медицинской сестры зависит эффективная работа системы распространения информации и системы реагирования. Нельзя забывать и о внутрибольничных инфекциях. Жесткое соблюдение медицинскими сестрами требований инфекционного контроля, регулярное обучение и, обязательно, лидерство специалистов для обеспечения необходимого минимума ресурсов, – все это в зоне ответственности специалистов.

Неинфекционные хронические заболевания – главный враг здоровью населения планеты. Смертность от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, ХОБЛ и диабета составляет 68% в структуре общей смертности, при этом до 2/3 смертей от таких заболеваний предотвратимы, ведь они связаны с потреблением табака, алкоголя, неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. Сегодня

Доступность сестринской помощи жизненно важна в режиме 24/7: от рождения до смерти, как при неотложных состояниях, так и на постоянной основе



**Медицинским
СЕСТРАМ ПРИНАДЛЕЖИТ
ВЕДУЩИЙ ГОЛОС
В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ**



**12 МАЯ 2019 МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ДЕНЬ МЕДСЕСТРЫ**

www.icnvoicetolead.com

@ICNurses #voicetolead #IND2019



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
РОССИИ



International Council of Nurses

Уважаемые коллеги!

Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет вас с Международным днем медицинской сестры! Знакомясь с документом МСМ, мы видим, как близки сегодня по духу специалисты всего мира. Мы разделяем единые цели, мы руководствуемся едиными ценностями, высшей из которых является здоровье человека! Мы учимся, мы стремимся доказать себе и другим, что профессия медицинской сестры бесценна и уникальна!

Я искренне благодарю вас за огромную работу, которая проводится вами на рабочих местах! Совершенно очевидно, что профессия преобразилась, что вы относитесь к своему делу творчески, не просто выполняете то, что предписано, но стараетесь каждый день сделать больше! Хочу пожелать вам больших успехов, веры в свои силы и непрерывного движения вперед!



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ПО ПЕРЕДОВОМУ ОПЫТУ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В ФИНЛЯНДИИ: Профилактика неинфекционных заболеваний на протяжении всего жизненного цикла

Kirsi Grym¹, Liesbeth Borgermans²

Резюме

Медицинские сестры государственного сектора здравоохранения Финляндии обеспечивают руководство и предоставление высококачественных профилактических медицинских услуг на протяжении всего жизненного цикла человека. Финская система является образцом применения интегрированного эффективного подхода к охране здоровья на протяжении всего жизненного цикла посредством приоритизации профилактики и укрепления здоровья, межпрофессионального сотрудничества и перераспределения обязанностей между врачами и медсестрами, с сохранением качества оказываемой медицинской помощи и достижением положительных результатов в отношении здоровья финского населения, в том числе в удовлетворении потребностей граждан. В интегрированную цепочку служб государственного медицинского обслуживания входят клиники охраны здоровья матери и ребенка, школьников и студентов, службы гигиены труда и медицинские учреждения для пожилых и престарелых граждан. Предлагаемые услуги отражают национальные цели в области укрепления здоровья на протяжении всего жизненного цикла, определенные для разных возрастных групп.

Мотивация

Финская система использует комплексный эффективный подход к охране здоровья на протяжении всего жизненного цикла человека, обеспечиваемый работой большого числа медицинских сестер. Необходимость охраны здоровья на протяжении всего жизненного цикла обусловлена тем, что социальные и когнитивные навыки, привычки, стратегии преодоления трудностей, отношения и ценности, приобретенные в раннем детстве и подростковом возрасте, оказывают сильное влияние на остальную жизнь человека и имеют потенциальные последствия для здоровья в целом, а также последствия, связанные с риском развития неинфекционных заболеваний (НИЗ). Инвестирование в охрану здоровья на протяжении всего жизненного цикла имеет большое значение для достижения положительных результатов в области общественного здравоохранения и экономики в связи с устранением причин, а не последствий нездоровья.

¹ Kirsi Grym - Медсестра, научный сотрудник Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Испания

² Liesbeth Borgermans - Консультант отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания.

Ключевые выводы

- Медицинские сестры государственного сектора здравоохранения обеспечивают руководство и предоставление медицинских услуг на протяжении всего жизненного цикла человека и непосредственно занимаются вопросами профилактики и укрепления здоровья.
- Они эффективно решают задачи, связанные с профилактикой НИЗ, обеспечивая комплексные услуги, межпрофессиональное сотрудничество и непрерывность оказания медицинской помощи.
- Оказываемые ими услуги отражают национальные цели в области укрепления здоровья на протяжении всего жизненного цикла, определенные для разных возрастных групп.
- Проблема неравенства в отношении здоровья решается путем предоставления ранней целенаправленной помощи, особенно группам, уязвимым в социально-экономическом отношении.
- Ответственность за организацию и оценку качества услуг по обеспечению здоровья матери и ребенка, а также школьное медицинское обслуживание, несут государственные учреждения, однако за практическую организацию этих услуг отвечают муниципалитеты.

Интегрированная цепочка служб государственного медицинского обслуживания

В общей сложности 5200 медицинских сестер государственного сектора здравоохранения (КТ Kuntatyöntajat, 2017) обеспечивают руководство и предоставление высококачественных услуг общественного здравоохранения в муниципалитетах. Они заняты на различных участках, в том числе в клиниках охраны здоровья матери и ребенка (neuvola) и в системе школьного медицинского обслуживания, которые являются неотъемлемой частью служб профилактики и укрепления здоровья в системе муниципальной первичной медико-санитарной помощи. Услуги neuvola оказываются главным образом в центрах первичной медико-санитарной помощи, а школьное медицинское обслуживание организовано в школах.

Муниципалитеты отвечают за практическую организацию бесплатного, в основном финансируемого за счет средств налогообложения, медицинского обслуживания. Министерство социального обеспечения и здравоохранения отвечает за руководство службами охраны здоровья матери и ребенка и школьное медицинское обслуживание, а Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния публикует руководства, организует учебную подготовку и собирает данные мониторинга. Государственная контрольно-надзорная служба социального обеспечения и здравоохранения (Valvira) и региональные агентства осуществляют надзор за оказанием медицинских услуг в рамках общенациональной программы охраны здоровья.

Медицинские сестры проводят частые индивидуальные дородовые медосмотры будущих матерей и осмотры детей после рождения и до достижения ребенком 7-летнего возраста, когда он идет в школу. После этого периодические индивидуальные медосмотры продолжают школьными медицинскими сестрами до тех пор, пока ребенок не закончит школу в возрасте 16 лет. Одна и та же участковая медсестра наблюдает семью с начала беременности и до поступления ребенка в школу. Вмешательства включают в себя оценку физического, психического и социального здоровья ребенка, вакцинацию и оказание поддержки родителям в воспитании ребенка, направленном на учет его интересов. Эти услуги способствуют созданию здорового окружения, необходимого для роста ребенка, а также здорового образа жизни всей семьи. Поддержка также предоставляется в рамках визитов медсестер на дом, и в рамках занятых родительских групп. Проблема неравенства в отношении здоровья решается оказанием ранней целенаправленной помощи, особенно группам, уязвимым в социально-экономическом отношении.

Таблица 1. Примеры услуг, оказываемых участковыми медсестрами на протяжении всего жизненного цикла

	Медицинские услуги, по возрасту или заболеванию	Общие медицинские услуги
Охрана материнства	Мониторинг нормальных беременностей и скрининг на беременность с высоким риском Оказание поддержки родителям по вопросам ухода за новорожденным, общения с ребенком на ранних этапах развития и грудного вскармливания Мониторинг женщин, страдающих диабетом, связанным с беременностью	Продвижение здорового образа жизни посредством индивидуального консультирования по вопросам здоровья (например, правильного питания, физической активности)
Охрана здоровья детей	Оценка, мониторинг и содействие росту и развитию детей (включая нейрочувствительное развитие и психосоциальное здоровье и развитие) Оказание поддержки родителям по вопросам ухода за ребенком, общения с ребенком на ранних этапах развития Предотвращение несчастных случаев	Поддержка и расширение прав и возможностей людей для поддержания и укрепления собственного здоровья и благополучия с помощью активного, целостного подхода Скрининг на наличие моделей рискованного поведения (например, употребление алкоголя, табака и наркотиков)
Охрана здоровья школьников	Оценка, мониторинг и содействие росту и развитию детей (включая психосоциальное здоровье и развитие) Оценка окружения ребенка (включая отношения с семьей и друзьями) Оказание поддержки родителям по вопросам ухода за ребенком	Скрининг на наличие психических заболеваний (например, депрессии, расстройств пищевого поведения)
Охрана здоровья учащихся	Оценка, мониторинг и содействие здоровью учащихся и их способности учиться Планирование мониторинга и лечение хронических заболеваний в период обучения Оценка здоровья учащихся с точки зрения возможных рисков для здоровья и безопасности будущей профессии	Вакцинация Охрана сексуального здоровья
Гигиена труда	Оценка, мониторинг и поддержка здоровья и работоспособности людей Оценка и повышение безопасности рабочей среды и рабочих мест Предотвращение профессиональных заболеваний и производственного травматизма	Планирование, организация и пропаганда здорового образа жизни и укрепления здоровья на уровне коллег и сверстников (например, в классах родительского воспитания, группах по снижению веса)
Охрана здоровья взрослого населения	Предотвращение и лечение хронических заболеваний (например, диабета 2 типа, астмы, гипертонии) Предоставление профилактических медосмотров в первичном звене медико-санитарной помощи людям за пределами служб гигиены труда (в том числе безработным) Помощь людям с мультиморбидностью в улучшении качества жизни	Меры достижения справедливости в отношении здоровья и снижения социального неравенства Организация помощи и специальной поддержки в случае необходимости Работа в рамках межпрофессионального межсекторального сотрудничества для поддержания здоровья и благосостояния людей
Охрана здоровья престарелых	Поддержка и помощь в сохранении престарелыми людьми своих функциональных способностей и способности заботиться о себе Поддержка безопасного проживания в домашних условиях Предоставление профилактических медосмотров в первичном звене медико-санитарной помощи (в том числе сканирование на нарушение когнитивных функций)	Услуги по уходу за больными, например, лечение хронических ран, уход после мелких несчастных случаев, обеспечение наличия лекарственных препаратов

Предлагаемые услуги отражают национальные цели в области укрепления здоровья на протяжении всего жизненного цикла, определенные для разных возрастных групп.

Следующие примеры показывают, как участковые медсестры способствуют расширению масштабов оказания основных вмешательств и услуг:

- **Детское ожирение:** Ожирение у детей выявляется непосредственно участковыми медсестрами, так они осуществляют тщательный контроль веса и роста ребенка во время медицинских осмотров и сообщают эти показатели семье. Медицинское обслуживание, ориентированное на всю семью, включает корректировку моделей поведения посредством кураторства и позитивной оценки. Если индекс массы тела вызывает тревогу, назначается визит к врачу, и привлекаются другие медицинские специалисты, включая диетологов и психологов.
- **Курение подростков:** Во время медосмотров, начиная с 10-летнего возраста, каждый подросток оценивается на предмет пристрастия к курению. Оценка также проводится в случаях наличия респираторной инфекции, и для девушек, обращающихся по поводу применения средств контрацепции. Предлагаются программы прекращения курения, а также возможность начала никотинзаместительной терапии.

Другие примеры медицинских услуг для разных целевых групп в течение жизненного цикла приведены в таблице 1.

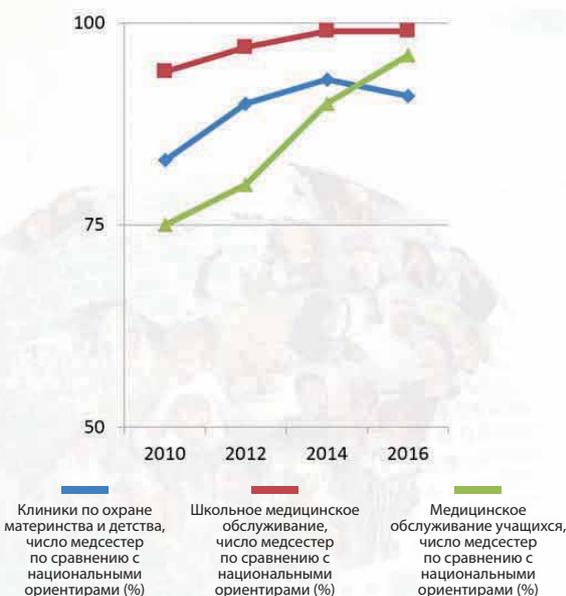
Клиники охраны здоровья матери и ребенка, а также школьное медицинское обслуживание являются частью интегрированной цепочки оказания медицинской помощи на протяжении всего жизненного цикла, разделяемого по возрастному фактору. В рамках этой цепочки медсестры государственного сектора здравоохранения работают с медицинскими специалистами в системе первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи. Их основными партнерами являются врачи, социальные работники, диетологи, психологи, физиотерапевты, логопеды, профпатологи и стоматологи.

Идентификация данных пациентов и интеграция служб обеспечивается на основе уникального номера социального страхования, который присваивается каждому гражданину Финляндии и используется при каждом посещении врача. Таким образом обеспечивается наличие комплексной картины жизненного цикла пациента, которая позволяет выявлять и отслеживать факторы риска развития НИЗ и других заболеваний (Kanta, 2017).

Воздействие

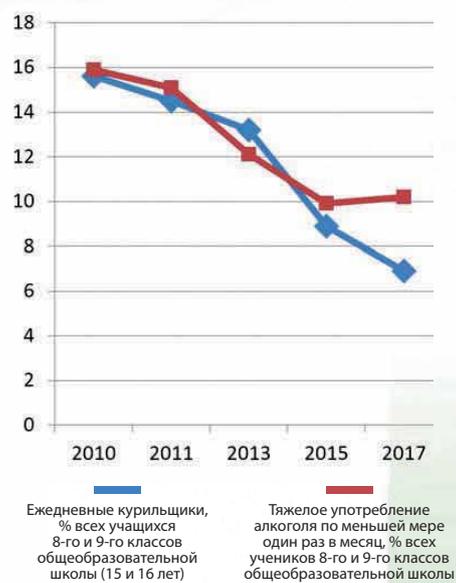
Neuvola и школьное медицинское обслуживание полностью охватывают начало жизненного цикла практически всего финского населения. В целом число медицинских сестер, занятых в этих службах, почти достигает целевого национального ориентира; за последние несколько лет наблюдается также рост числа медсестер (рис.1). Из-за оказания высококачественных медицинских услуг показатели младенческой смертности и низкого веса при рождении в Финляндии, как правило, ниже, чем в других странах (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017a,b). В 2016 году коэффициент младенческой смертности составлял 1,1 на 1000 живорожденных, а показатель преждевременных родов - 5,2% (Heino, Vuori & Gissler, 2017). Непрерывность оказания медицинской помощи, обеспечиваемая финскими медицинскими сестрами, также влияет на субъективное благополучие матерей (Yokoama et al., 2017) и способствует значительному сокращению рискованного поведения в подростковом возрасте (рис.2). В опросе населения, проведенном в 2012 году, услуги *neuvola* были выбраны в качестве лучшей финской инновации всех времен (Yle, 2012).

Рисунок 1. Укомплектованность медсестрами общественного здравоохранения по сравнению с национальными ориентирами



Источник: TEAvisari (2018)

Рис. 2. Рискованное поведение в подростковом возрасте



Источник: Sotkanet.fi (2018)

Изученные уроки

- **Медицинские сестры государственного сектора здравоохранения Финляндии обеспечивают руководство и предоставление медицинских услуг на протяжении всего жизненного цикла человека и непосредственно занимаются вопросами профилактики и укрепления здоровья.** Они работают в интегрированной цепочке служб предоставления медицинской помощи на протяжении всего жизненного цикла человека, которая отражает национальные цели в области укрепления здоровья, определенные для разных возрастных групп.
- **Медицинские сестры эффективно решают задачи, связанные с профилактикой НИЗ, обеспечивая комплексные услуги, межпрофессиональное сотрудничество и непрерывность оказания медицинской помощи.** Тесное межпрофессиональное сотрудничество с другими специалистами в области здравоохранения и социального обеспечения позволяет медсестрам способствовать более эффективному расширению возможностей как отдельных лиц, так и всего населения.
- **Доступность комплексных услуг и повышение грамотности** людей в вопросах собственного здоровья и здоровья сообщества имеют важное значение для работы медицинских сестер государственного сектора здравоохранения.
- **Целостные подходы к медицинскому обслуживанию, ориентированному на нужды людей, требуют непрерывного обучения профессионалов здравоохранения,** которое является обязательным в Финляндии, с тем чтобы они могли поддерживать и развивать свои навыки.
- **Проблема неравенства в отношении здоровья решается путем предоставления ранней целенаправленной помощи, особенно группам, уязвимым в социально-экономическом отношении.** Поддержка и помощь должны обеспечиваться без промедления. Особые потребности семей, которые не пользуются медицинскими услугами, предоставляемыми в рамках *neuvola* или в школе, должны быть определены; индивидуальная поддержка должна быть предоставлена тем, кто в ней нуждается; такие семьи, как известно, подвергаются более высокому риску социальной изоляции, чем семьи, которые пользуются услугами здравоохранения.
- **Бесплатные услуги *neuvola* дополняют широкий спектр пособий, льгот и компенсаций, предназначенных для укрепления ресурсов отдельных лиц и семей, с тем чтобы они могли взять на себя ответственность за собственное здоровье и благополучие.** Оказание поддержки родителям и консультирование по вопросам здоровья предлагаются во время частых периодических медосмотров и групповых занятий с родителями по вопросам воспитания детей. Продолжающиеся, конфиденциальные отношения и взаимодействие между медсестрами и семьями повышают эффективность консультирования по вопросам укрепления здоровья.
- **Государственные учреждения несут ответственность за разработку и оценку услуг *neuvola* и школьного медицинского обслуживания, однако муниципалитеты отвечают за практическую организацию этих услуг.** Участие государства в мониторинге оказания профилактических услуг системы первичной медико-санитарной помощи гарантирует доступ к услугам, обеспеченным надлежащими ресурсами.

Библиография

- Heino A, Vuori E, Gissler M (2017) Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016 [Perinatal statistics – parturients, deliveries and newborns]. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (National Institute for Health and Welfare) (http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr_37_17.pdf?sequence=1, accessed 1 March 2018).
- Kanta (2017) Patient data repository. (<http://www.kanta.fi/en/earkisto-esittely>, accessed 18 March 2018).
- KT Kuntatyöntantajat (2017) Local government employers. (<https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/ammattit>, accessed 22 March 2018).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017a) Family database. CO1.1: Infant mortality. Paris (http://www.oecd.org/els/family/CO_1_1_Infant_mortality.pdf, accessed 15 March 2018).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017b) Family database. CO1.3: Low birth weight. Paris (http://www.oecd.org/els/family/CO_1_3_Low_birth_weight.pdf, accessed 15 March 2018).
- Sotkanet.fi (2018) Statistical information on welfare and health in Finland. Helsinki (<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/en/taulukko?indicator=szapsNY1BAA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rsDbX0zUEAA==&gender=t>, accessed 21 March 2018)
- TEAvisari (National Institute for Health and Welfare) (2018) Public health nurse resources compared to national recommendations: Whole country 2016. Helsinki (<https://www.teaviisari.fi/teaviisari/en/tuLokset?view=PTHVoiA&y=2016&y=2014&y=2012&y=2010&y=2008&r=KOKOMAA&chartType=pointer&cmp=y>, accessed 21 March 2018).
- Yle (2012) Neuvola-järjestelmä on kaikkien aikojen paras suomalainen keksintö. [Neuvola-system is the best Finnish innovation of all time]. Helsinki (<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2012/04/27/neuvola-jarjestelma-kaikkien-aikojen-paras-suomalainen-keksinto>, accessed 15 March 2018).
- Yokoyama Y, Hakulinen T, Sugimoto M, Silventoinen K, Kalland M (2017) Maternal subjective well-being and preventive health care system in Japan and Finland. Eur Public Health. DOI: 10.1093/eurpub/ckx211.

Свяжитесь с нами

Этот краткий аналитический обзор является частью нашей рабочей программы по усилению реагирования системы здравоохранения на ситуацию с неинфекционными заболеваниями. Другие примеры передовой практики можно найти на нашем сайте <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds>.

системы здравоохранения наращивают ресурсы для борьбы с НИЗ. В первую очередь, это касается первичного сектора здравоохранения и, безусловно, роли и вклада сестринского персонала. Координация помощи, работа в мультидисциплинарной команде, реализация профессионального потенциала (а проекты расширения роли медицинской сестры в первичном секторе сегодня развиваются стремительными темпами), повышение доступности помощи, поддержка пациентов и их близких – все это неотъемлемые черты и масштабные разделы работы сестринского персонала.

Пациент-ориентированная помощь – это следующее глобальное требование к здравоохранению современности. Система оказания помощи должна строиться не вокруг того, что делают врачи, а вокруг того, чего хотят пациенты. Наша цель – не обеспечить как можно больше медицинских услуг, а поддержать здоровье. Деятельность медицинской сестры должна этим требованиям, нормам, ценностям в полной мере соответствовать. И в этом разделе так важны инновационные проекты оказания помощи, исследовательские усилия профессионального корпуса специалистов, направленные на повышение безопасности пациентов, понимание ценных для пациента результатов лечения, эффективной координации помощи, качественного обучения и информирования пациента, рационального использования имеющихся ресурсов.

Мир в движении – это поистине вызов здравоохранению XXI века, ведь

по имеющимся данным в числе мигрантов насчитывается порядка 244 млн человек. Только представьте – эта цифра в полтора раза превышает население нашей необъятной страны! Ежедневно свои жилища покидают до 44 тысяч человек – это вынужденные переселенцы, уезжающие из дома из-за угрозы своей жизни. Их здоровье неминуемо страдает. И здесь снова на помощь приходят медицинские сестры и акушерки – именно они первыми разворачивают станции оказания базовой медицинской помощи в лагерях вынужденных переселенцев, именно к ним первым приходит понимание того, что мигрантам нужна медицинская поддержка, рекомендации, обучение, информация. Медицинская сестра – адвокат – такой термин все чаще появляется на страницах многочисленных публикаций, посвященных здоровью мигрантов. И это правда, реализуя сестринские инициативы, медицинские сестры становятся адвокатами, они одновременно защищают здоровье мигрантов и охраняют здоровье коренного населения.

XXI век – век информационных технологий, катаклизмов и катастроф, в котором давление на психику человека несоизмеримо выше, чем когда-либо ранее. Психические заболевания не щадят никого. Им безразличны социальный статус, происхождение и доход. Социально активные, амбициозные и молодые люди также оказываются под прицелом. А результат весьма плачевен – ожидаемая продолжительность жизни у лиц с тяжелыми психическими нарушениями на 10–25 лет

ниже, по сравнению с теми, кто таких недугов избежал. Психические заболевания не только угроза здоровью, но и вызов системе здравоохранения. Слишком многие страны испытывают в этой сфере и недофинансирование, и нехватку квалифицированных кадров. Но без должного внимания к проблеме достичь здоровья для всех не получится!

Насилие, агрессия, война – угроза здоровью всех и каждого, в том числе здоровью и жизни медицинских работников. Более двух десятков стран пребывают в состоянии войны – войны без правил и норм морали, войны, в которой не соблюдаются никакие международные конвенции и нормы. По имеющимся данным до 4200 медицинских работников стали жертвами военных действий за период 2012–2014 гг. Но мы с вами знаем, жертвой можно стать и в мирное время, агрессивное и вызывающее поведение со стороны пациентов – один из тех рисков, с которыми в нашей стране сталкиваются и фельдшеры, и медицинские сестры, и врачи.

Как преодолеть эти многочисленные вызовы? Международный совет медсестер, а вместе с ним и Ассоциация медицинских сестер России убеждены – выход есть. Прежде всего – быть лидерами! Не бояться отстаивать интересы пациентов, учиться, получать современные и актуальные знания, объединять коллег, развиваться, идти вперед и не молчать, но использовать свой профессиональный голос в поддержку и защиту здоровья!

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ АКУШЕРКИ

*АКУШЕРКИ – ЗАЩИТНИЦЫ
ПРАВ ЖЕНЩИН*



Уважаемые коллеги!

РАМС и секция «Акушерское дело» поздравляют вас с Днем акушерки! Воодушевившись девизом праздника, акушерки всего мира проводят акции в защиту прав женщин на репродуктивное здоровье, здоровое материнство, отстаивают право женщин на безопасную и комфортную среду, на право выбора того, как будет проходить рождение ребенка. Нельзя забывать и о профессиональных правах акушерки – праве на качественную подготовку, достойные условия труда, реализацию своего потенциала. Подумайте, какие права пациенток и акушерок нуждаются в вашей поддержке, и действуйте при поддержке коллег и специализированной секции РАМС! Пусть этот профессиональный праздник придаст вам энергии и сил, вдохновит на большие победы!

ПУТЕВОДНАЯ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ИЗ Р НА МЕЖДУНАРОДНОМ УР

В далеком 2006 году Ассоциация медицинских сестер России вступила в международный проект в области фтизиатрии. Тогда мы едва-едва успели вступить в Международный совет сестер, как вдруг возникло приглашение принять участие в тематическом семинаре по ТБ в городе Томске. Географически самым близким городом был Омск – здесь у РАМС сильнейшее представительство, организация лидер под руководством вице-президента РАМС

Татьяны Зориной. Поездка оказалась интересной, а вердикт Татьяны Александровны был однозначен – нам нужен этот проект. И понеслась череда учебных мероприятий – в разных городах и регионах мы собирали специалистов, которым давали самые современные знания – сначала по ТБ, по работе с самыми сложными группами пациентов, по поддержке приверженности лечению. Первым и основным преподавателем проекта стала Татьяна Федоткина, главная сестра

противотуберкулезного диспансера Томска, большую помощь ей оказала Елена Гирфанова, в те времена старшая сестра ТБ отделения психиатрической клиники из Омска.

Затем фокус проекта сместился, мы вплотную занялись исследованиями. И эта работа принесла большие плоды. Сложился костяк фтизиатрической секции, наметились целые направления, которые наиболее актуальны для медсестер фтизиатрической службы – инфек-



Полина Петровна Волкова работает в должности главной медицинской сестры Республиканского противотуберкулезного диспансера. За плечами огромный путь в области фтизиатрии – более 32 лет! Когда-то начинала как палатная сестра, творческий подход, интерес к работе, стремление совершенствоваться закономерно привели к профессиональному росту. В 2003 году Полина Петровна получила повышенный уровень образования и тогда же провела первое сестринское исследование. Был проведен анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников

за 10 лет, затем с помощью анкет, которые выполнили роль экспресс-диагностики, удалось выявить ряд причин, способствующих возникновению профессионального заболевания туберкулезом. Полученные данные были использованы для переговоров с администрацией, Полине Петровне удалось добиться важнейших организационных мероприятий.

Медицинские работники диспансера обеспечены средствами индивидуальной защиты (масками-респираторами, защитными экранами, защитной спецодеждой для персонала, работающего в зонах повышенного риска).

Организован сбор образцов мокроты в специально оборудованном помещении.

Внедрено использование хирургических масок больными в период выделения микобактерии туберкулеза (МБТ+).

Еще в 2002 году Полина Волкова вступает в Ассоциацию средних медицинских работников Республики Марий Эл, исследовательская и профессиональная деятельность выходит за рамки Республиканского диспансера, – в таком сотрудничестве в регионе ведется организация конференций и семинаров.

Далее следовали победы в конкурсе грантов, реализация образовательных программ для медицинских работников, пациентов, населения. В результате была создана школа профилактики ТБ

и гигиенического воспитания населения. Изначально было принято решение в зависимости от психологического состояния пациента проводить занятия индивидуально или в малой группе (3–5 человек).

С каждым годом работа набирает обороты, большую поддержку в совершенствовании сестринской помощи оказывает международный проект РАМС, с 2013 года Полина Петровна участвует в семинарах, посвященных сестринским исследованиям. И здесь она достигает безоговорочного успеха – в 2015 году исследовательский проект Полины Волковой о влиянии различных методик информирования пациента с ТБ, выявленным впервые, на приверженность лечению, получает всеобщее признание.

Конечно же, в Республике ведется полномасштабная работа с населением. События, приуроченные к 24 марта, привлекают внимание к проблеме ТБ, активизируют специалистов, позволяют проинформировать тысячи человек.

Полина Петровна всегда в центре событий, решив одни задачи, уже планирует следующие, а одним из своих самых важных достижений считает отсутствие с 2008 года случаев профессионального ТБ среди медицинских работников службы!

ЗВЕЗДА

РОССИИ СНОВА ПОЛУЧИЛИ ПРИЗНАНИЕ УРОВНЕ

ционный контроль, приверженность лечению, преодоление побочных эффектов терапии... и вот мы вышли к завершающему этапу работы. Именно российские сестры вынесли предложение о создании документа, который упростил бы работу специалистов по раннему выявлению и профилактике побочных эффектов лечения МЛУ-ТБ. Два года работы, предложений, перекрестных переводов – и в самом финале проекта долгожданная публикация вышла в свет.

Большой вклад в ее создание внес огромный коллектив авторов – это и руководители проекта от МСМ – ранее Джини Уильямс, с 2014 года – Кэри Тюдор, и руководитель и члены физиатрической секции РАМС, и наши коллеги за рубежом.

Проект закончился, а у нас остались отличные наработки, замечательный документ и – ПУТЕВОДНЫЕ ЗВЕЗДЫ – ярчайшие специалисты, которые изменили не только сестринский уход

во физиатрии, но и статус сестринской профессии!

И уже в этом году в канун Всемирного дня борьбы с туберкулезом на небосклоне путеводных звезд зажглись сразу две российские – ими стали Полина Петровна Волкова, Республика Марий Эл, и Татьяна Петровна Чиркова, Кемеровская область. Искренне поздравляем наших коллег, желаем счастья, здоровья, блестящих профессиональных достижений!



Чиркова Татьяна Петровна – старшая медицинская сестра Ленинск-Кузнецкого филиала ГБУЗ Кемеровской области «Проктопьевский противотуберкулезный диспансер» – во физиатрии не новичок, стаж превышает 23 года, а сколько всего за это время было сделано! Начала Татьяна Петровна в качестве участковой медицинской сестры, а с 2007 года работает в должности руководителя сестринской службы.

Первоначально все силы были брошены на укрепление системы инфекционного контроля. Пожалуй, это базовое требование к противотуберкулезному диспансеру – абсолютные гарантии безопасности для пациентов и медицинских

работников. И здесь надо не просто знать, какой должна быть система, но быть лидером – отстоять закупки нужного оборудования, обучить персонал, добиться неукоснительного соблюдения требований безопасности! Перемены не заставили себя долго ждать – все палаты и кабинеты были оснащены бактерицидными облучателями, приобретены дезинфекционная камера и утилизатор медицинских отходов. Медицинские работники в достаточном количестве обеспечены средствами индивидуальной защиты (масками-респираторами, защитными экранами, спецодеждой). Для безопасного сбора образцов мокроты была приобретена кашлевая кабина, которую установили в отдельном помещении. Для младшего медицинского персонала организован и постоянно действует семинар по безопасным методам работы и обеспечению инфекционной безопасности. С 2008 года ни одного случая профессионального заболевания ТБ среди работников не выявлено!

Татьяна Петровна – активный член профессиональной ассоциации медицинских сестер Кузбасса, участвует во всех проводимых мероприятиях, организует профильные события по физиатрии.

В учреждении по инициативе Татьяны Петровны организована «Школа для больных туберкулезом», которую ведут ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ. Пациентов и контактных лиц медицинские сестры обучают с особым вниманием – для

них знание принципов гигиены, приверженность здоровому образу жизни, выполнение назначенных схем лечения – вопрос возвращения к здоровой жизни, гарантия безопасности окружающих. Для населения города разработаны и активно распространяются памятки на различные темы. Ежегодно в учреждении проводится месячник борьбы с туберкулезом – в течение марта проходят различные мероприятия по привлечению общественного внимания к проблемам раннего выявления туберкулеза. Медицинскими сестрами разрабатываются листовки, санбюллетени, проводятся семинары и конференции для медицинских работников, занятия по профилактике туберкулеза в общеобразовательных учреждениях и другие мероприятия.

Немало усилий прикладывает медицинскими сестрами для социальной адаптации пациентов, попавших в тяжелую жизненную ситуацию, – медицинские сестры помогают справиться с социальной отверженностью больных. Проводятся беседы с родственниками для профилактики стигматизации больных туберкулезом и ТБ+ВИЧ.

Свои идеи, проекты, замыслы Татьяна Петровна сегодня распространяет на всю Кемеровскую область, будучи руководителем физиатрической секции региональной ассоциации. Уверены, что впереди Татьяну Петровну и ее замечательных коллег ждут новые проекты и профессиональные достижения!

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА АКУШЕРКИ КАК ПРИМЕР РАСШИРЕННОЙ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ



■ **Копина А.Б.**

Старшая акушерка филиала женской консультации БУЗОО «Клинический родильный дом № 6», г. Омск

Сегодня акушерки и медицинские сестры играют значимую роль в сохранении репродуктивного здоровья, планировании семьи, обеспечении доступности медицинских услуг, усилении профилактической работы, внедрении пациент-ориентированных и семейно-ориентированных моделей медицинской помощи. Вклад специалистов может стать решающим в достижении целей, поставленных президентом РФ В.В. Путиным перед Федеральным собранием, а следовательно, перед всей страной, перед всеми профессионалами: *«Всё наше здравоохранение должно строиться вокруг человека. Это строгое и полное соблюдение требований к качеству лечения, защита прав пациентов, современные здания медицинских учреждений и, конечно, квалифицированный и вежливый персонал».* Мы понимаем, что сегодня наши пациенты могут тратить слишком много времени на получение помощи, теряя его там, где мы – специалисты акушерского дела – могли им оказать помощь быстро, качественно и результативно. Поэтому одной из ключевых задач для лидеров практики становится поиск путей для перераспределения ролей между акушеркой и врачом акушером-гинекологом, расширения полномочий акушерки (безусловно, в пределах своей компетенции), зоны ее ответственности перед пациентом. А расширение сестринской, акушерской практики стало одним из стратегических направлений

программы развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 годы.

Позвольте поделиться с вами опытом расширения акушерской практики, реализованного на базе БУЗ Омской области «Клинический родильный дом № 6» с марта 2017 года.

Клинический родильный дом № 6 относится к медицинским организациям родовспоможения 3 уровня. В его структуру входят акушерский стационар на 165 коек, женская консультация на 196 посещений в день и 2 филиала женской консультации на 92 и 24 посещений соответственно.

Филиал женской консультации, в котором я работаю старшей акушеркой, организован в 1998 году, зона обслуживания 23 136 человек женского населения, из них женщин репродуктивного возраста – 12 987, старше 60 лет – 3688.

В подразделении развернуто 6 акушерско-гинекологических участков. В структуру филиала входят кабинеты консультативного приема, процедурный кабинет, кабинет функциональной диагностики, кабинет УЗИ, клиническая лаборатория, стерилизационная.

По данным на 1 января 2019 года, укомплектованность врачами акушерками-гинекологами составила 80%, акушерками – 86%. Все акушерки – это опытные специалисты, имеют сертификат по специальности и квалификационные категории. Причем 83% из них высшую, 17% – первую.

Для реализации приказа МЗ РФ № 309 от 25.06.2014 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием», в нашей медицинской организации был введен в действие приказ главного врача № 75 от 01.02.2017 «Об организации самостоятельных акушерских приемов», на основании которого был рассмотрен вопрос о расширении функций акушерки за счёт осуществления самостоятельных приемов. Проведена частичная передача полномочий от врача акушера-гинеко-

лога к акушерке амбулаторного приема с учётом её компетентности. Карту заполняет акушерка. Право подписи остается за врачом.

	2017	2018
Врачебные приемы	20 793	18 993
Акушерские приемы	3624 (15%)	3889 (17%)
Общее количество приемов	24 417	22 882

Для реализации этой задачи нами проведена подготовительная работа. Одним из первых этапов стало определение критериев к квалификации, профессиональному уровню акушерок, которые были согласованы с администрацией, а также Советом по акушерскому делу нашей медицинской организации. Такими критериями явились:

- стаж работы в подразделении не менее 5 лет;
- наличие высшей квалификационной категории;
- знание направлений социальной психологии и стрессоустойчивость.

Вторым этапом был проведен хронометраж рабочего времени акушерок и анализ консультативного приема пациенток врачом акушером-гинекологом по его значимости, который позволил определить его адресность и приоритеты в очередности приема пациенток, позволяющих предоставить дифференцированный объем консультации.

В результате нами был сделан вывод о необходимости перераспределения потоков пациенток на врачебный и акушерский приемы. Выделены четыре группы пациенток, которых можно было направить на приём к акушерке.

Первая группа – беременные женщины, относящиеся к низкой группе риска.

Вторая группа – женщины, проходящие обследование для раздельного диагностического выскабливания, оперативного лечения, лечения эктопии шейки матки, которые в дальнейшем на-

правляются на специализированный прием в кабинет патологии шейки матки или гинекологическое отделение.

Третья группа – женщины с подтвержденным фактом беременности по УЗИ, обратившиеся в женскую консультацию для ее прерывания.

Четвертая группа – женщины, желающие сдать контрольные мазки на степень чистоты и цитологическое исследование по назначению врача.

Следует отметить, что все впервые обратившиеся за медицинской помощью в текущем году пациентки, а также беременные при постановке на учет по беременности, имеющие открытый лист нетрудоспособности, направляются на прием к акушеру-гинекологу, который осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», на основе листов маршрутизации и учетом возникновения осложнений в период беременности. Лишь после проведенного первичного осмотра, формирования диагноза, определения дальнейшей тактики повторная явка осуществляется к акушерке.

Во время приема беременных акушерка проводит сбор анамнеза, осмотр женщины, применяет приемы Леопольда-Левицкого (фото 1), выслушивает и оценивает сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа, фетального доплера, оценивает результаты лабораторных исследований, самостоятельно определяет сроки дальнейших обследований, (в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н от 01.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», заполняет рецептурные

бланки, по назначениям врача на получение дополнительных лекарственных препаратов, которые подписывает врач акушер-гинеколог. В случае назначения врачом контрольного мазка после проведенной санации влагалища осуществляет взятие отделяемого половых органов на микроскопическое исследование (фото 2). Большое внимание на акушерском приеме уделяется репродуктивному просвещению, которое является единственной возможностью повышения информированности по вопросам рационального репродуктивного поведения. С этой целью акушерка использует все методы и средства санитарного просвещения, что существенно повышает эффективность её работы.

Осуществляя прием гинекологических пациенток, акушерка самостоятельно проводит оценку лабораторных исследований, определяет полноту обследования для той или иной процедуры, в частности, для планируемого раздельного диагностического выскабливания, предстоящего оперативного вмешательства, кольпоскопии, планирует дальнейшую маршрутизацию пациентки, объясняет важность и значимость регулярного диспансерного наблюдения. Большое внимание уделяет вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, сохранению репродуктивного здоровья, профилактике заболеваний.

Подобный подход в организации консультативных приемов помог нам достичь следующих результатов:

1. Сохранение качественных показателей отделения.

Нами были проанализированы качественные показатели работы филиала женской консультации за 2016–2018 годы (напомню, что акушерские приемы

были организованы с марта 2017 года). Основные показатели, характеризующие работу подразделения, не ухудшились, а по некоторым показателям улучшились. Выполняется план посещений по женской консультации (Рис. 1), причем акушерские консультации в 2017 году составили 15% от общего числа принятых, в 2018 году – 17%. Сохраняется высоким процент ранней явки среди вставших на учет беременных женщин (Рис. 2), уменьшился процент осложнений второй половины беременности, снизилось количество самопроизвольных выкидышей (Рис. 3), преэклампсий. Однако за отчетный период обращает на себя внимание варьирование процента преждевременных родов (Рис. 4). Заведующей подразделением был проведен структурный анализ данного показателя, опровергнувший его связь с акушерскими приемами. Все женщины с преждевременными родами относились к группе высокого риска и наблюдались в течение всей беременности у акушеров-гинекологов. За отчетный период увеличился процент оздоровления гинекологических пациенток (Рис. 5), так как акушерка проводит строгий учет пациенток, состоящих на диспансерном учете, заполняет контрольные карты диспансерного пациента, контролирует пациенток на всех этапах диспансерного наблюдения.

2. Сокращение времени ожидания приема.

При прежнем общем количестве приёмов нам удалось сократить время ожидания приема, затраченного пациентами на посещение женской консультации, на 40 минут. В связи с уменьшением очередности, а также сокращением времени ожидания приема, пребывание в женской консультации



Фото 1



Фото 2



Рис. 1. Количество посещений по филиалу женской консультации БУЗОО «КРД № 6»

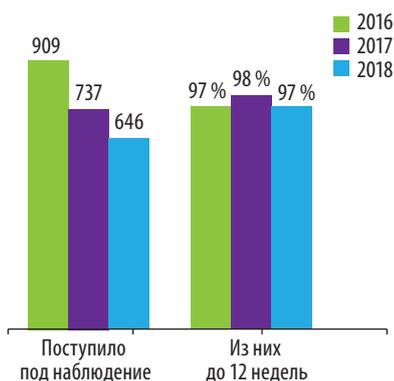


Рис. 2. Основные качественные показатели филиала женской консультации БУЗОО «КРД № 6»

стало более комфортным для пациентов. В настоящее время пациентке на посещение женской консультации требуется 25–30 минут.

3. Соотношение акушерских и врачебных приемов. Соотношение приёмов врач акушер-гинеколог – акушерка составило 4:1 соответственно.

4. Удовлетворенность пациенток. С целью изучения мнения пациенток по поводу реализации акушерских приемов, нами было проведено анкетирование женщин для оценки удовлетворённости качеством приема акушеркой, которое показало, что 87% респондентов удовлетворены качеством проведенных акушерских консультаций и высказались за их сохранение. Уменьшилось количество жалоб со стороны наших пациенток, меньше стало возникать конфликтных ситуаций, связанных с ожиданием приёма, что является еще одним положительным результатом организации акушерских приемов.

5. Повышение профессионального статуса акушерки. Очень важным



Рис. 3. Основные качественные показатели филиала женской консультации БУЗОО «КРД № 6»

результатом нововведений является повышение статуса акушерки, рост её самооценки и её профессионального статуса в глазах коллег и пациентов, что мотивирует её на непрерывное повышение профессионального уровня, самообразование, интеллектуальное и личностное самосовершенствование, создаёт благоприятную почву для научно-исследовательской деятельности акушерок и является основополагающим на этапе подготовки к аккредитации специалистов.

На примере своей медицинской организации мы убедились в том, что акушерки готовы к самостоятельной роли в реализации лечебно-диагностического процесса, расширению своих полномочий, стремятся и могут внести свой вклад в повышение эффективности работы всего подразделения, доступности и качества медицинской помощи, сохранение и укрепление здоровья женского населения, что является одной из главных задач Российской Федерации.

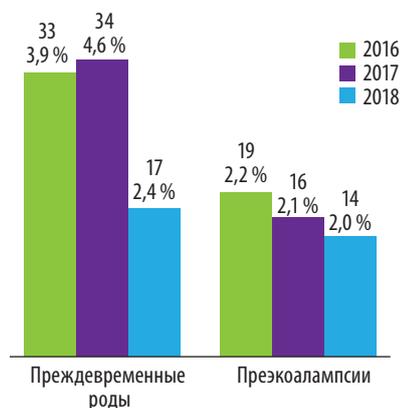


Рис. 4. Основные качественные показатели филиала женской консультации БУЗОО «КРД № 6»

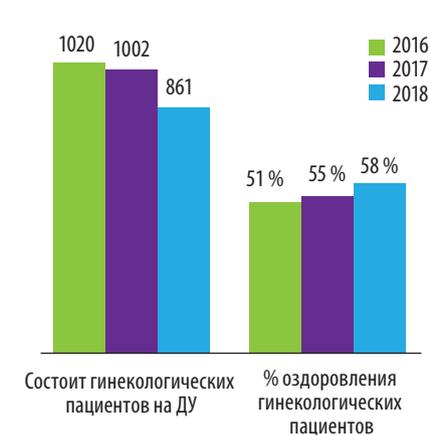


Рис. 5. Основные качественные показатели филиала женской консультации БУЗОО «КРД № 6»

Жидкостная онкоцит



Доронина Татьяна Николаевна

Руководитель общебольничного медицинского персонала (фельдшер-лаборант), ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница»



Апарова Татьяна Борисовна

Фельдшер-лаборант ГБУЗ РК «Коми республиканский онкологический диспансер»

Республика Коми занимает далеко не последнее место по Российской Федерации в нише онкологических заболеваний. Это обусловлено многими факторами, в том числе и географической близостью к Северной части нашей страны, что приводит к дефициту солнечной энергии и, как следствие, к нехватке множества микроэлементов, отвечающих за работу иммунной системы организма. Онкологические заболевания женской репродуктивной системы по статистике возрастают с пугающей силой. Рак шейки матки (РШМ) является вторым по распространенности типом рака среди женского населения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в течение 10 ближайших лет смертность от рака шейки матки возрастет еще на 25%.

Процесс развития РШМ длительный. Период от интраэпителиального поражения клеток низкой степени до инвазивного рака шейки может составить 10–15 лет. Это означает, что у женщин

Жидкостная цитология – новый шаг диагностики рака шейки матки

достаточно времени для проведения соответствующих профилактических мероприятий, препятствующих развитию инвазивного РШМ.

Для выявления предраковых изменений, которые у большинства женщин клинически не проявляются и при отсутствии лечения могут привести к развитию рака, проводится цитологический скрининг рака шейки матки. В настоящее время помимо цитологического исследования мазков со слизистой шейки матки, полученных традиционным методом, возможно использование новой технологии жидкостной цитологии.

Жидкостная цитология – это стандартизированная технология приготовления цитологического препарата. Сегодня она признана наиболее информативным способом получения биологического материала и рекомендована в качестве «золотого стандарта» диагностики интраэпителиальных неоплазий со слизистой цервикального канала и влажной части шейки матки и выдачи результата в соответствии с классификацией Bethesda.

Лаборатория ГБУЗ РК «Коми республиканский онкологический диспансер» использует метод жидкостной онкоцитологии сравнительно недавно – с 2016 года, но уже высоко оценила все его преимущества:

- Улучшенное качество материала:
 - в контейнер со стабилизирующим раствором попадает весь полученный эпителиально-клеточный материал;
 - минимизируется содержание слизи, элементов периферической крови, элементов воспаления, разрушенных клеток;
 - клетки сохраняют как морфологические, так и молекулярно-биологические свойства.
- Длительный срок хранения полученного биоматериала: материал хранится в специальном стабилизирующем растворе NovaCyt, который предотвращает преждевременное высыхание клеток, что позволяет сохранить образец в оптимальных условиях для дальней-



шей его транспортировки в лабораторию.

- Быстрое приготовление препарата.
- Из полученного биологического материала можно приготовить несколько цитологических препаратов.
- Приготовление стандартизованного монослойного мазка.
- Стандартизированные методики окрашивания.

Таким образом, по сравнению с традиционным методом приготовления мазка со слизистой шейки матки, применение новой технологии жидкостной цитологии позволяет значительно повысить качество цитологического мазка. Сама по себе окраска по Папаниколу позволяет оценить степень зрелости цитоплазмы клеток, ядра атипичных клеток при этом прокрашиваются лучше. Проведение ПАП-теста позволяет обнаружить атипичные клетки даже в тех случаях, когда никаких проявлений онкологического заболевания еще не видно.

За 2017 год в лаборатории ГБУЗ РК «КРОД» методом жидкостной цитологии проведено исследование 365 случаев, из них в 97 случаях поставлен диагноз – злокачественное новообразование (мазки из шейки матки, жидкости с различных полостей).

Использование технологии жидкостной цитологии позволило снизить количество ложных результатов благодаря использованию стабилизи-

рующего раствора, а также специального инструмента для взятия материала.

Метод жидкостной цитологии, несмотря на недавнее введение в клиническую практику, уже признан наиболее эффективным способом ранней диагностики рака шейки матки. Ведь результативность высокотехнологичной жидкостной цитологии достигает 95%, тогда как чувствительность традиционной методики составляет в среднем 60%, а в некоторых случаях не превышает и 40%.

Бытует мнение, что регулярное онкогинекологическое обследование необходимо проходить только женщинам, приближающимся к пременопаузальному периоду. Но это не так. Согласно современным клиническим рекомендациям скрининг рака шейки матки с проведением цитологического исследования рекомендован всем женщинам с 21 года. Вообще его рекомендуют начинать спустя 3 года после первого полового контакта. Так что раннее вступление в интимную жизнь – основание для раннего начала профилактических гинекологических осмотров. Ежегодный профилактический осмотр и скрининг РШМ дает возможность раннего выявления заболевания и, как следствие, сохранения жизни женщины.

Дополнительные скрининговые мероприятия осуществляют в период подготовки женщины к зачатию.

Чем отличается жидкостная цитология от обычной (традиционной)?!

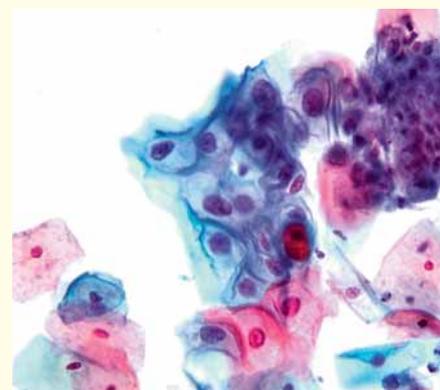
С применением методики жидкостной цитологии в лаборатории онкодиспансера республики мы убедились в том, что постановка диагноза стала более «доступной», а само исследование несколько «упростилось». Это связано с ключевыми различиями этих скрининговых методик:

При проведении традиционной цитологии биоматериал перед отправкой высушивают на стекле в условиях комнатной температуры	Биоматериал помещают в особую пробирку (флакон) со специальной стабилизирующей средой, что продлевает допустимый срок транспортировки и хранения полученного образца. Помещенный в пробирку биоматериал пригоден для исследования в течение нескольких месяцев и не требует создания особых условий
При традиционной методике не проводится фильтрация. Поэтому при наличии в мазке воспалительных элементов, большого количества слизи и других примесей результат цитологического исследования оказывается недостаточно достоверным и обычно требует повторного проведения ПАП-теста после лечения	Жидкостная методика лишена этого недостатка
При традиционной методике далеко не весь объем полученной ткани попадает на стекло и подвергается последующему исследованию. До 35–40% клеток остается на инструменте и перчатках врача. Это создает вероятность, что имеющиеся озлокачествляющиеся ткани останутся не диагностированными	При жидкостной методике такой потери биоматериала не происходит. Это обеспечивается помещением цитощетки в стабилизирующую и суспензирующую среду, последующим автоматизированным центрифугированием образца и формированием специального цитопрепарата со стандартизированным ровным слоем клеток на стекле-слайде
При традиционном взятии мазка на онкоцитологию клетки на предметном стекле располагаются обычно в несколько слоев, накладываясь друг на друга и тем самым ухудшая визуализацию	Жидкостная цитология BDShurePath исключает наложение клеток, получаемый цитопрепарат является монослойным
При традиционной методике исследуемые ткани ничем не защищены, и имеется высокий риск их повреждения при хранении	Жидкостная цитология дает уникальную возможность проведения повторного анализа или других исследований того же биоматериала, ведь суспензия в емкости не теряет своих свойств в течение нескольких месяцев, а ее объема достаточно для получения нескольких цитопрепаратов
Наличие биоматериала, полученного традиционным методом, не позволяет дополнительно проводить какие-либо другие исследования.	Наличие суспензии и ее достаточный объем позволяют по показаниям дополнительно проводить другие исследования: <ul style="list-style-type: none"> • анализ на онкомаркеры; • любые ПЦР-исследования; • ВПЧ-тестирование; • иммуноцитохимические исследования с определением маркеров пролиферации

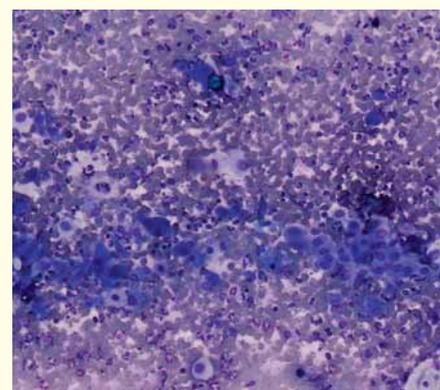
В целом жидкостная цитология с использованием автоматического скрининга является существенно более информативной методикой по сравнению с традиционным забором мазков с шейки матки на онкоцитологию. И основное ее достоинство – малый процент ложноотрицательных результатов онкогинекологического скрининга, что обеспечивается прогрессивными технологическими особенностями теста при строгом соблюдении правил забора биоматериала.

Однако жидкостная цитология не позволяет диагностировать воспалительные состояния, ведь обязательный этап фильтрации удаляет из суспензии детрит, лейкоциты и другие примеси. Поэтому при подозрении на цервицит и кольпит целесообразно параллельное взятие традиционного мазка на онкоцитологию. Этот факт является существенным недостатком методики.

Тем не менее жидкостная цитология по Папаниколу рекомендуется ВОЗ,



Жидкостная цитология



Традиционная цитология

FDA и мировыми противораковыми сообществами в качестве «золотого стандарта» для ранней диагностики рака шейки матки. Но в настоящее время в Республике Коми при проведении скрининга чаще всего используется все же традиционный мазок на онкоцитологию. Это связано в основном с недостаточным финансовым и техническим оснащением и отсутствием должной квалификации у врачей. Жидкостное цитологическое исследование пока проводится преимущественно крупными частными лабораториями и лабораторией Республиканского онкологического диспансера. Надежда на то, что этот метод диагностики будет внедрен в широкую практику, как первичного звена здравоохранения, так и в условиях стационаров, позволяет настроиться на позитивные перемены в будущем, как для специалистов лабораторной медицины, так и для женского населения Республики.

БАЛЛЫ НМО

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ АККРЕДИТОВАННОГО МЕРОПРИЯТИЯ



■ **Самойленко В.В.**

Исполнительный директор Ассоциации медицинских сестер России



■ **Ситякова Н.Н.**

Старшая медицинская сестра КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева», член секции «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» РАМС, вице-президент Кировской областной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер»

Формирование программы – это главный этап подготовки. При формировании программы необходимо придерживаться следующих правил:

– Общая продолжительность конференции определяется в соответствии с тематикой, количеством доступных спикеров, организационными возможностями, формой обучения.

– В системе НМО 1 зачетная единица (кредит) соответствует одному академическому часу обучения. Максимально возможное число кредитов, которые можно получить за один день конференции – 6 (в случае многодневной конференции – максимально воз-

можное количество кредитов – 12, но конференции продолжительностью более 1 дня нечасто встречаются в нашем поле). Вебинары дают от 1 до 4 кредитов.

– Каждая тема должна в полной мере соответствовать тематике конференции – неверно вставлять в программу образовательного мероприятия отчетные темы, торжественные церемонии (например, награждения), темы, не соответствующие цели и задачам мероприятия. В случае, если по решению Программного комитета такие мероприятия необходимы, то они не учитываются при подсчете академической продолжительности мероприятия и должны быть выделены в программе. Например, «12:00–12:30. Отчет Совета сестер о проведенной работе». Или «14:00–15:00. Награждение победителей конкурса ко Дню медицинской сестры».

– После названия каждой лекции/презентации/мастер-класса необходимо представить краткое описание выступления, раскрывающее его содержание, включая практико-ориенти-

рованные аспекты. Например, «В лекции будут рассмотрены основные аспекты новых (2018) методических указаний по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа, представлены алгоритмы выбора периферического венозного катетера, его постановки и ухода за ним». Из такой формулировки будут вытекать и задачи (ожидаемые результаты) мероприятия – «по результатам участия в мероприятии слушатели будут уметь правильно выбирать ПВК в зависимости от клинической задачи, устанавливать его в соответствии с методическими рекомендациями и осуществлять уход за периферическим катетером в течение всего времени постановки».

– Время, отводимое на каждое выступление, должно соответствовать объему преподносимой информации. При этом правильнее использовать меньшее количество выступлений, но дать возможность лектору в полной мере раскрыть тему, чем набрать много выступлений по 10–15 минут, прослушав которые слушатели не вынесут ничего нового.

– После названия каждой лекции/презентации/мастер-класса необходимо представить краткое описание выступления, раскрывающее его содержание, включая практико-ориенти-

рованные аспекты. Например, «В лекции будут рассмотрены основные аспекты новых (2018) методических указаний по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа, представлены алгоритмы выбора периферического венозного катетера, его постановки и ухода за ним». Из такой формулировки будут вытекать и задачи (ожидаемые результаты) мероприятия – «по результатам участия в мероприятии слушатели будут уметь правильно выбирать ПВК в зависимости от клинической задачи, устанавливать его в соответствии с методическими рекомендациями и осуществлять уход за периферическим катетером в течение всего времени постановки».

– Следует отказаться от привычных, но неинтересных для аудитории выступлений в стиле «повторение – мать учения», «а вот как устроено наше отделение», (если это не предложение изменить работу всех отделений по новому, инновационному принципу), «а мы провели исследование» (представить исследование, безусловно, надо, но только в том случае, если его результатом стала значимая для сестринской работы НОВАЯ информация).

– Обязательным условием мероприятий в системе НМО является активность слушателей. Следовательно, мероприятие в системе НМО должно такую возможность слушателям предоставлять – возможность задать вопросы лектору. Поэтому предпочтительно, чтобы после каждого блока выступлений (а если лекции важные и объемные, то и после каждой) была предусмотрена возможность дискуссии. Приветствуются (и со временем должны стать стандартом нашей работы) конференции, содержащие активные формы обучения – мастер-классы, семинары, тренинги, ролевые игры, проблемные лекции, публичные дискуссии и т. п.

– Категорически недопустимы любые формы рекламы – причем рекламы во всех ее видах и формах: представление конкретных продуктов, продвижение товаров и услуг, использование логотипов, названий фирм и продуктов на слайдах презентаций и т. д. Отсутствие рекламы, академическая честность, неангажированность – базовые принципы системы непрерывного образования. При этом, нередко ситуация, когда спонсор ставит условием спонсорской поддержки проведение какого-либо образовательного мероприятия – лекции, мастер-класса... Та-

кое мероприятие может быть включено, но оно должно быть ясно указано в программе (выступление спонсора, рекламный мастер-класс и т. п.). Такие мероприятия не учитываются при подсчете продолжительности аккредитованного мероприятия и, независимо от качества материала – нередко это очень интересные и содержательные выступления, не учитываются в системе НМО.

Таким образом, программный комитет задолго до мероприятия должен иметь не только программу, но и ясное представление о содержании каждого выступления. Принимая решение о включении того или иного мероприятия в Программу, необходимо честно и однозначно отвечать на вопросы, будет ли это выступление интересно слушателям? И сделает ли это выступление слушателей более профессиональными (смогут ли они изменить свою работу так, чтобы работать лучше)?

Сетка программы

В случае если используется более одного зала, организаторы должны представить дополнительно отдельный документ о количестве залов, их вместимости и использовании в ходе мероприятия. Форму документа организаторы могут получить в офисе РАМС. Важно помнить, что при наличии хотя бы двух параллельных сессий или мастер-классов, такой документ обязателен!

Информация о лекторах

По каждому из лекторов, привлекаемых к выступлениям, проведению тренингов и т. д., должна быть представлена развернутая информация с указанием

должности, регалий и заслуг, позволяющих считать его достойным выступления на конференции. К возможным вариантам таких заслуг можно отнести:

- опыт педагогической деятельности (указать какой) в области подготовки медицинских работников;
- наличие публикаций по профилю конференции (сколько и в каких изданиях?);
- опыт выступлений в конференциях (какого уровня?);
- любые другие заслуги, показывающие Комиссии, что предложенный нами лектор имеет более высокий, чем слушатели, уровень профессионализма и может предоставить информацию, способствующую повышению их квалификации.

Вероятно, при первом прочтении подготовленного нами материала у читателя возникнет ощущение невероятной сложности подготовки и проведения мероприятия в системе НМО. Однако накопленный РАМС опыт показывает, что при должной ответственности, скрупулезности и соблюдении сроков это вполне посильная задача не только для любой региональной ассоциации, но и для отдельной больницы. Многие члены организации уже успешно освоили формат проведения аккредитованных мероприятий и готовы оказать помощь всем региональным ассоциациям, состоящим в РАМС. Нам приятно, что накопленный в течение трех лет опыт позволяет всем нам уверенно и с надежной методической поддержкой вступить в наконец-то открытую систему НМО. Надеемся, что данные рекомендации, а также представленный далее опыт Кировской ассоциации окажутся полезными!

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ НМО: КИРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

Кировская ассоциация провела 5 аккредитованных мероприятий, в числе которых НПК «Конфликты в медицинской среде, виды, пути преодоления», тренинг «Конструктивное разрешение конфликтов в медицинской организации» и мастер-класс «Эффективное общение медицинских

работников». Эти 3 мероприятия прошли в рамках работы секции РАМС «Сестринское дело в психиатрии и наркологии», нацеленную на наращивание профессиональных компетенций специалистов.

Сфера здравоохранения становится все более конфликтной, в связи с чем

нами было принято решение организовать на эту тему сначала научно-практическую конференцию, затем практический тренинг и мастер-класс для отработки практических навыков общения и разрешения конфликтов с применением конкретных техник. Базой для проведения всех мероприятий



стала Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева.

Тему мы выбрали не случайно. Прежде чем принять такое решение, мы провели анкетирование специалистов, дабы выяснить степень их заинтересованности. Анализ анкет пригодился не только для определения тематики, но и последующего оформления документов аккредитуемого мероприятия – ведь мы должны давать пояснения о том, что стало основанием для выбора темы и содержания обучения.

Далее мы подготовили все необходимые документы – составили программу мероприятий в соответствии с требованиями, включив туда не только названия лекций, но и их краткие описания, подготовили списки лекторов, уточнили, нет ли у них конфликта интересов. Описали мероприятие по установленной РАМС форме (указали где, когда, в какое время оно будет проходить, каковы образовательные цели и ожидаемые результаты, как будет проходить регистрация участников и контроль их присутствия и т. п.) и направили весь пакет документов в офис РАМС.

При составлении программы мероприятия мы старались предоставить время для дискуссий, так как это отличная возможность высказаться, поделиться мнениями, узнать больше.

Особое внимание уделили тестам, определяющим уровень знаний участников после мероприятий, а также анкетам для отзывов, которые заполняются также после учебного занятия. Кроме того, готовили разда-

точные материалы по теме, для того чтобы участник мероприятия мог использовать их в своей профессиональной практике.

Самыми ценными оказались тренинги и мастер-классы, на которых приобретались новые практические навыки.

Конечно, организация и проведение подобных мероприятий сложна и требует времени. Детальное составление пакета документов дисциплинирует и держит в тонусе организаторов, которым приходится преодолевать определенные сложности – собирать точную информацию о лекторах, более чем за 3 месяца до события решать, где и в каком количестве соберутся его участники. Но офис РАМС был всегда рядом, а мы с огромной благодарностью получили ответы на все вопросы.

Одной из проблем стала низкая заинтересованность специалистов, которым требовалась дополнительная мотивация. При решении данного вопроса мы обратились к главным медицинским сестрам – рассылка информационных писем и личные беседы дали результат.

Особое внимание пришлось уделить лекторам. Нам очень хотелось, чтобы информацию преподносили с экспрессией, а не в виде монотонных лекций. Требования к лекторам здесь должны быть повышенные, необходимо выбирать не только компетентного специалиста, но специалиста-практика, умеющего преподнести информацию в более прогрессивном ключе.

Анализ анкет участников после мероприятий порадовал – мы увидели, что усилия не были напрасны: «Тренинг

прошел очень интересно», «Не могла оторваться от лекции, преподаватель – замечательный, ответил на все наши вопросы», «Хочется больше тренингов и по другим темам».

Таким образом, мы пришли к выводу, что проведенные мероприятия имели успех у участников, выбранные темы звучали актуально, вызвали огромный интерес со стороны специалистов Кировской области всех направлений здравоохранения, тренинги и мастер-класс способствовали углублению знаний в профессиональной деятельности, приобретению специалистами новых компетенций, что является самым ценным для наших пациентов.

Получив первый опыт в организации аккредитованных мероприятий, мы поняли, что приоритетное внимание следует уделять «малым» формам – проводить точечные, тематические тренинги и мастер-классы по самым актуальным проблемам практического здравоохранения, которые не отражены в более длительных и менее гибких программах образовательных организаций. В 2019 году мы решили остановиться на таких темах, как тайм-менеджмент, адаптация молодого специалиста, этические аспекты в работе медсестры психиатрической службы.

Уже сейчас многие из запланированных в Кировской области образовательных мероприятий проходят процесс аккредитации, а желание принять участие в них выражают не только медицинские сестры, но и врачи. А мы искренне благодарим РАМС за возможность организации таких событий в регионах России!

«НЕ ОТЧАИВАЙСЯ! Я ПОМОГУ»

ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ПРАВИЛЬНОГО УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ»



■ Патрушева Н.Н.

Старшая медицинская сестра неврологического отделения Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, руководитель «Школы правильного ухода за тяжелобольными пациентами». г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

«Каждый на своем месте должен знать, что делать и как поступить»
(В.А. Жуковский, 1826)

10 лет – маленький, но серьезный юбилей отмечает в 2018 году «Школа правильного ухода за тяжелобольными пациентами», созданная РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл».

Уход за тяжелобольным человеком – это целое искусство и большой труд. Понимая это, председатель Ассоциации средних медицинских работников республики Е.Я. Кузьминых в мае 2009 года выступила инициатором открытия «Школы правильного ухода за тяжелобольными пациентами». Инициативу поддержал главный врач Республиканского госпиталя ветеранов войн А.В. Смирнов. Помощь и содействие в обучении оказала компания «Пауль Хартманн», специализирующаяся на производстве продукции медицинского назначения, в том числе предметов ухода.

Первым руководителем «Школы» стала сестра-координатор Елена Валентиновна Мухаметгалиева. Именно она в 2013 году победила во Всероссийском конкурсе грантов РАМС. Сертификат в размере 50 000 рублей стал первым взносом в фундамент школы –



появилась возможность приобрести противопролежневые матрасы, манекены, ходунки-опору, передвижной стул-биотуалет и многое другое.

Улучшение качества жизни пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями – одна из задач паллиативной и гериатрической помощи. 45-летний опыт практической и научной работы сотрудников госпиталя, постоянное совершенствование в различных разделах гериатрии позволяет считать госпиталь гериатрическим центром республики.

С 2002 года в госпитале реализуется программа постоянно действующего семинара «Сестринское дело в гериатрии». С 2004 года в неврологическом отделении успешно функционирует «Школа работы с пациентами пожилого возраста, перенесшими ОНМК».

Зачастую «сиделками» для тяжелобольных людей становятся их близкие, как правило, далекие от медицины и вынужденные учиться буквально на ходу. Зачастую им не хватает не только специальных знаний, но и моральных сил.

«Школа» предлагает родным посещать занятия тогда, когда больной еще находится под наблюдением специалистов в стационаре, где ухаживающим помогают грамотно проводить процедуры. Персонал показывает на практике, как правильно осуществлять ги-

гиенический уход, подбирает индивидуальный эффективный метод профилактики пролежней, акцентируя внимание на нюансах и помогая избежать ошибок.

К моменту выписки родственники осваивают нужные навыки. «Школа» психологически поддерживает ухаживающих, позволяет обменяться опытом, узнать много нового о правилах ухода в домашних условиях.

С учетом категории обучаемых разработаны тематические планы. «Школа» успешно работает по нескольким направлениям:

- обучение родственников пациентов;
- обучение пациентов самоуходу;
- обучение медицинских сестер выполнению простых медицинских услуг по уходу за пациентом с применением современных изделий медицинского назначения;
- внедрение в практику сестринского ухода за тяжелобольными инновационных форм работы.

Основные задачи «Школы» связаны с обучением родственников и других лиц, осуществляющих уход на дому. Среди основных разделов учебной программы следующие:

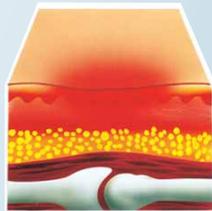
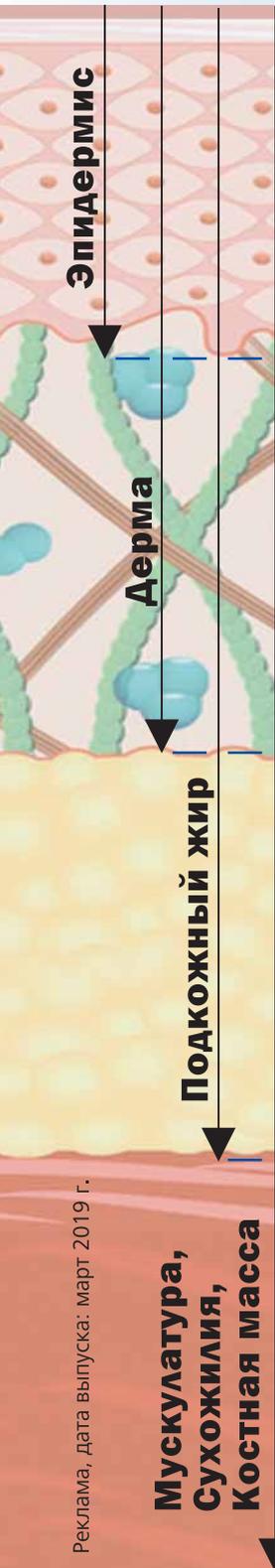
1. Уход за тяжелобольными пациентами с целью профилактики пролежней согласно стандартам и ГОСТам:

- уход за пациентами с нарушением двигательной активности;

Пролежни от А до Я



Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более, чем в 80% случаев¹



Стадия I

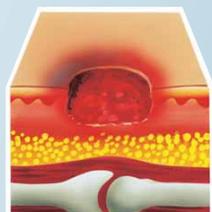


MoliCare® / Моликар

Применение воздухопроницаемых «дышащих» подгузников Моликар Премиум софт с антимикробным действием уменьшает негативное влияние недержания на кожу.²

MoliCare® Skin / Моликар Скин

Профессиональные косметические средства для очищения, защиты, увлажнения и питания зрелой кожи при недержании. Все средства серии совместимы с подгузниками.



Стадия II

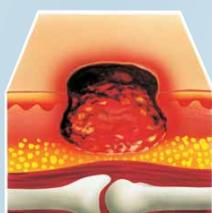


Branolind® N / Бранолинд Н

Мазевая повязка с перуанским бальзамом для ухода за пролежнями, ожогами, трофическими и диабетическими язвами, ссадинами и другими плохо заживающими ранами.

Atrauman® AG / Атрауман АГ

Мазевая повязка с серебром для ран с повышенной угрозой инфицирования и инфицированных ран.



Стадия III



МолиНеа

Одноразовые впитывающие пеленки для дополнительной защиты постельного белья и других поверхностей.

Hydrocoll® / Гидроколл

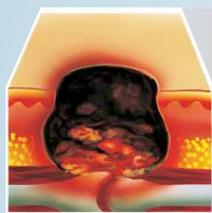
Гидроколлоидная повязка для не инфицированных или плохо заживающих ран во влажной среде, например, трофических язв, пролежней.

Zetuvit® E / Цетувит Е

Сорбционная повязка для ухода за умеренно экссудирующими ранами.

Zetuvit® plus / Цетувит плюс

Атравматическая сорбционная повязка из четырёх слоев для ухода за ранами с обильной экссудацией.



Стадия IV

Необходима консультация хирурга

HARTMANN – поставщик комплексных решений в борьбе с проблемой пролежней

1- «Пролежни. Экономика и профилактика». Под.ред. проф. Воробьева П.А., к.м.н. Красновой Л.С. Ньюдиамед, Москва, 2012
2- «Х.Смола и соавт. «Здоровье кожи и недержание мочи»: «Главная медсестра» №2 2014

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

- кормление пациента с нарушением функции глотания;
 - правильный подбор средств гигиены для тяжелобольного пациента;
2. Основные принципы питания пожилого человека;
 3. Обеспечение безопасной домашней среды для пациента после инсульта;
 4. Рациональный подбор индивидуальных средств гигиены;
 5. Обучение технике самоконтроля АД;
 6. Применение средств малой механизации в быту;
 7. Помощь в решении социальных и бытовых вопросов (поиск сиделки).

Опасаясь потерять работу, к нам обращаются родственники пациентов с просьбой о помощи в решении социальных вопросов. Например, есть ситуации, когда ухаживающий родственник работает, и это его единственный источник дохода, а дома остается престарелый больной человек, который не встает с постели и нуждается в постороннем уходе. Сложная ситуация. В подобных случаях нам помогает тесное сотрудничество с православной службой сестер милосердия г. Йошкар-Олы, для которых мы проводим практические занятия по уходу.

Следуя традициям госпиталя, мы щедро делимся опытом работы в области ухода за гериатрическими пациентами со студентами Йошкар-Олинского медицинского колледжа. Проводим циклы обучения старших сестер, участковых сестер первичного звена.

На основании приказа МЗ РФ № 297 от 26.08.1999 «О совершенствовании медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ» в госпитале функционирует служба стационара на дому. Тесная взаимосвязь между специалистами подразделений и «Школы» обеспечивает непрерывность ухода на госпитальном и постгоспитальном этапах. Своевременный выезд на дом руководителя «Школы» помогает скорректировать организацию ухода и избежать ошибок.

Определилось и еще одно важное направление – повышение уровня медицинской грамотности населения в области ухода и использования современных средств гигиены, улучшающих качество жизни тяжелобольных. Поэтому «Школа» расширила свою работу на страницах республиканских изданий «Марийская правда» и «Пенсионер», открыв рубрику «Школа домашнего ухода» для родственников, которые сталкиваются с проблемой ухода за родным человеком.

Членами Ассоциации постоянно разрабатываются различные памятки и практические рекомендации по паллиативной помощи на самые актуальные темы.

«...На занятиях нам объяснили, на что нужно обращать внимание при гигиенической обработке тела, рассказали о важности профилактики образования пролежней. Очень важной для меня была информация о том, каким должен быть тон общения, чтобы человек, который тяжело заболел, сохранял чувство собственного достоинства. На занятиях нас ознакомили с различными видами гигиенических средств по уходу, и это очень нужно, потому что помогает заранее сориентироваться перед покупкой средств ухода, показали и рассказали, как пользоваться стулом-биотуалетом, ходунками и многим другим...»

С огромным уважением и благодарностью Дзюба Г.Я. – ухаживающая за пациентом».

(Из журнала отзывов и предложений «Школы правильного ухода за тяжелобольными пациентами»).

За 10 лет в «Школе правильного ухода за тяжелобольными пациентами» проведено 1600 занятий: 868 – с родственниками пациентов; 471 занятие – с медицинскими работниками; 42 – с социальными работниками; 162 – с пациентами; 57 занятий с патронажной службой.

Посетили занятия 4142 человека: 1897 медицинских работников, 1416 родственников, 50 патронажных сестер, 436 пациентов, 43 социальных работника.

Люди с ограниченными возможностями часто бывают беспомощными, не в силах выполнить простейшие операции, что создает множество неудобств как им самим, так и ухаживающим за ними.

За годы существования «Школы» наш арсенал значительно пополнился средствами малой механизации. Различные

приспособления помогают людям с ограниченными возможностями дома, а также представлены в «Школе». Например, применяется специальная посуда: тарелки с утяжеленным дном и высокими краями, изогнутые кухонные приборы с длинными утолщенными ручками, кружки с двумя ручками, стаканы с трубочкой или поильник. Адаптированы средства для передвижения (скользящие доски для пересадки, скользящая простыня, поворотный диск и другие). Есть приспособления для доставания предметов различных размеров и конфигураций, адаптивные приспособления для одевания (средства для застегивания пуговиц и молний, для надевания носков).

Использование инновационных средств гигиены и ухода за тяжелобольными пациентами позволило снизить риск возникновения пролежней, а применение новых сестринских технологий заметно облегчило работу персонала по уходу, обеспечив максимальный комфорт пациентам.

Уход за тяжелыми больными – сложная работа по ряду причин: большая физическая нагрузка, ответственность перед пациентами и их родственниками. Здесь важно уметь сотрудничать с больными.

Своей уверенностью, профессионализмом, чутким отношением поддерживать их и помочь жить в новых условиях. И очень важно добиться вовлечения родственников в грамотный уход.

В «Школе правильного ухода за тяжелобольными пациентами» помогают абсолютно бесплатно овладеть необходимыми знаниями всем, кто хочет помочь своим близким улучшить качество жизни. Мы проводим плановые занятия 2 раза в неделю, готовы провести занятия индивидуально в удобное для родственников время с выездом на дом непосредственно к постели тяжелобольного пациента.

Ухаживать за пожилым человеком способен лишь тот, кто готов отдать частичку душевного тепла, постоянно учиться и совершенствовать знания в области ухода. 10 лет работы «Школы» подтверждают это.

Проксимальная зона терапевтического альянса: новая концепция сестринской помощи в психиатрии



■ **Жан-Мануэль Морвиллер**

Медицинский брат, доктор философии,
руководитель программы
«Сестринские исследования»,
Парижский университет Сорбонна

Введение

Еще более полувека тому назад Хильдегард Пеплау утверждал, что терапевтические отношения – ядро сестринского ухода в психиатрии. Анна Альтшуль настаивает на роли приверженности медсестры уходу, особенно в психиатрии, отмечает низкую удовлетворенность сестер своими компетенциями в общении с пациентами, что существенно ограничивает их возможности по оказанию помощи. Есть также исследования психологов, свидетельствующие о нехватке сестер и нехватке образования у имеющих сестер для создания истинного терапевтического альянса, который они могли бы создать в помощь больным. Такие выводы содержатся и в целом ряде других исследований.

Терапевтический альянс (ТА) определяется как взаимодействие лицом к лицу, хотя возможен и институциональный терапевтический альянс. При данном подходе пациенты рассматривают медсестер как команду и, соответственно, речь идет не об индивидуальном взаимодействии, а взаимодействии пациента с командой медицинских сестер.

Исследования природы ТА подчеркивают его значимость там и тогда, когда мы нацелены на достижение психотерапевтического эффекта и хотим обеспечить наблюдение за ходом лечения.

Суть ТА определяется двумя факторами, а именно: 1. Особенности личности клинического специалиста и 2. Его терапевтическая техника.

Оказание сестринской помощи во Франции регулируется общеевропейским законодательством. Медицинские сестры получают высшее образование, становятся бакалаврами. Колледжи сохранились – там проходят практические занятия, а все лекции переведены в университеты. Обучение длится 3 года, по окончании выпускник становится бакалавром и далее может продолжить образование в магистратуре. Идет развитие и программ научной подготовки сестринских кадров на уровне аспирантуры.

В области психиатрии действия медсестры регламентированы врачебными назначениями. Младшие сестры отвечают за гигиенический уход и кормление пациентов, а медицинские сестры принимают участие в клинической работе, присутствуют на врачебных приемах, готовят и проводят назначенное лечение. Ежедневно проходят совместные собрания всех клиницистов.

Психиатрическая помощь предоставляется в разных отделениях – есть отделения общей психиатрии, а есть специализированные (биполярные расстройства, анорексия, зависимости). Есть также отде-

ления принудительного лечения, где пребывают пациенты, совершившие опасные деяния, акты насилия. Нагрузка на сестру высокая, времени на психотерапию практически не остается, однако реализовать ее все-таки можно, например, в отделениях дневного пребывания и центрах амбулаторной помощи.

Нагрузка может быть разной: так, в отделении на 24 койки с двумя изоляторами в дневное время может быть до 5 медсестер, а в вечернее и ночное – только две. Иногда отделения принимают решения о расширении кадрового состава сестер.

Сестринские исследования в области психиатрии проходят пока самый начальный этап развития. Однако ежегодно проводится научный симпозиум, а с 2010 года Министерство здравоохранения финансирует исследовательские проекты медицинских сестер. Специалисты выбирают разные темы, среди которых и формирование терапевтического альянса с пациентом. Кроме того, медицинские сестры активно изучают роль сестринских вмешательств в поддержке пациентов с суицидальным поведением, зависимостями, анорексией, шизофренией.

Некоторые авторы готовы поспорить с тезисом и значимости личности специалиста – неважно, какова медсестра по натуре, прежде всего, она – профессионал, однако оба фактора в исследованиях обращают на себя внимание. С точки зрения компетенций в области взаимоотношений, личность медсестры – это в том числе и ее личность как профессионала, ведь отделить одно от другого просто невозможно, а профессиональная зрелость и уверенность важны для сестринского ухода и это значимый фактор качества взаимоотношений. Что примечательно, исследователи, например Люборский, отмечают также важность личностных совпадений между специалистом и пациентом. Такие личностные совпадения способствуют формированию ТА.

Вместе с соавторами он определил десять таких совпадений, включая: 1. Возраст, 2. Семейный статус, 3. Число детей, 4. Религиозные убеждения, 5. Религиозная практика, 6. Регион происхождения, 7. Принадлежность к определенной организации, 8. Образ мышления, 9. Воспитание и 10. Увлечения.

Такие совпадения пациенту понятны и не требуют каких-то определений. В этом случае возникновение ТА зависит не от пациента или специалиста, а от качества взаимодействия между ними на самом начальном этапе, благодаря которому возникают предпосылки для их сближения.

Исследователи подчеркивают, что еще значительная доля знаний остается не открытой, например, в части взаимоотношений с пациентом, страдающим шизофренией. Формирование ТА с такими пациентами – профессиональный вызов для медсестер.

Ученые Франк и Гундерсон смогли показать, что для пациентов, заболевших шизофренией, критически значимыми становятся первые шесть месяцев болезни, и что только 29,8% пациентов удается в этот период установить с медицинским работником доверительные отношения, а те, кому это не удалось, и впоследствии не смогут этого сделать. Поэтому медицинским сестрам следует отлично понимать, что такое ТА, что может способствовать его формированию, а что навредить, дабы использовать период первой госпи-

тализации пациента максимально эффективно.

Цель исследования

Цель нашего исследования состояла в определении препятствий и рычагов, значимых для формирования ТА между пациентами, с одной стороны, и медицинскими сестрами, с другой стороны, в период госпитализации. Каковы факторы, способствующие ТА, и каковы негативные факторы, мешающие его возникновению? Какова природа этих факторов? Что может улучшить или, наоборот, ухудшить поведение медсестер и младших сестер, применительно к формированию ТА?

Материалы и методы

Это комбинированное исследование состояло из полунаправленных интервью с больными в конце их госпитализации. Мы записывали интервью, готовили их транскрипцию, проводили индуктивный анализ данных в три последовательных этапа: открытое кодирование, осевое кодирование и выборочное кодирование. Далее кодировки сопоставлялись с социально-демографическими данными и медицинскими диагнозами пациентов.

Результаты и анализ

Мы дали определение интервьюируемым, опросили 31 пациента. Каждое интервью длилось от 3 до 27 минут.

Иван. Использует термин «подобающего окружения», чтобы выразить свое состояние в период недобровольной госпитализации. Это весьма примечательно, потому что это выражение, характеризуя медицинскую помощь в перспективе, показывает, что пациенты имеют ретроспективу и раскрывает всю сложность ухода и его положительный аспект.

Диагностирована шизофрения, недобровольная госпитализация.

Интервьюер: Для вас все прошло хорошо? Как Вам кажется, что Вам помогло, а что, напротив, мешало улучшению? С чем вы связываете улучшение своего состояния по сравнению с началом госпитализации?

Иван: Ну, это были разные моменты, какой-то определенный фактор не выбрать.

Интервьюер: А что вы можете сказать об этих моментах?

Иван: я не знаю. Может быть, это подходящее окружение. Может быть лекарства, не знаю.

Фиксации подлежал только основной диагноз. В частности, все опрошенные пациенты попадают под какой-либо психиатрический диагноз (например, прием психотропных веществ, неврологические нарушения, вызывающие поведенческие отклонения). В качестве инструмента фиксации диагноза использовался международный классификатор болезней (МКБ-10).

Вне зависимости от класса диагноза, с госпитализацией пациенты связывают разные положительные моменты. Даже лица с расстройствами настроения могли ответить на подобные вопросы. Тем не менее негативные моменты, связанные с госпитализацией, также были нами выявлены. В особенности, это касалось лишения пациента каких-либо свобод, доступа к телефону, невозможности прийти и уйти.

Пациенты с диагнозом шизофрения придают большое значение заверениям своих опекунов. Во-первых, они оценивают их как эффективные и настоящие. Они стремятся найти «дружескую» или «родительскую» связь, которая может привести к смене взаимоотношений по принципу медработник-пациент, на отношения по принципу человек-человек (рис. 1).



Рис. 1. Ранжирование эпизодов коммуникации по категориям с позиций пациентов с шизофренией

Препятствия к построению ТА для всех опрошенных пациентов

Как показано на, препятствия к формированию ТА, коренятся в коммуникации. И здесь главным фактором становится отношение медработника. Настолько главным, что может стать источником страхов пациента.

Среди сотни слов, чаще всего используемых пациентами, чаще всего возникает глагол «слушать», характеризующий устное общение, который сопровождает

глаголом «помогать» или «помогли», характеризующим совет или присутствие медработника в тревожные моменты. Важно обратить внимание на слово «ночь», которое занимает пятую строчку. Пациенты описывают «ночь» как особенное время, когда на отделении наступает тишина, а медработники становятся более доступными. На четвертой позиции слово «руки», однако употребляется оно в самых разных значениях.

Индуктивный анализ проведенных интервью позволил нам схематично отобразить тематическое дерево (рис. 2).

В положительных терминах пациенты описывают время, подчеркивая, что есть периоды времени, более благоприятные для общения с медработниками. К таким периодам относится ночь, когда те более свободны, или моменты соматического лечения, когда медработник рядом. Такие эпизоды помогают сближению, пациентов это радует.

Качество коммуникации, общения, также характеризуется положительно.

Таблица 1

Пол / возраст	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69
Женщины	4	3	0	2	1
Мужчины	5	4	7	4	1

Время соотносится с графиком работы учреждения. Медработники заняты в те часы, когда выполняют назначения, поэтому недоступны для общения. Пациенты характеризуют такие моменты, как пустоту, доводящую до скуки. Они знают, в какие моменты времени можно отвлечь медсестру, например, во время своих процедур и лечения. Такие моменты мы назвали ключевыми.

Все эти характеристики свидетельствуют об одной цели – поиске пациентами проксемики, или близости во взаимоотношениях с медработником, как с человеком.

Обсуждение

Предыдущие исследования уже подчеркивали значимость взаимоотношений, построенных на доверии со стороны психиатрических пациентов, на ценностях и отношении медсестер, оказывающих помощь, рассматриваемых как более значимые, нежели чем технические навыки, другие исследователи подчеркивали значимость достаточного числа медсестер в стационарных отделениях. Наше исследование поддерживает эти выводы и зна-

Концепции первого порядка + значимость	Концепции второго порядка		Концепции второго порядка	Концепции первого порядка + значимость
Есть более подходящие для общения моменты – в процессе лечения, ночью...	Время	Проксемика	Время	Ожидание нервирует Скука невыносимая За одну неделю не изменишься
Они все мне ОБЪЯСНЯЛИ Мы РАЗГОВАРИВАЛИ Они давали мне СОВЕТЫ Медсестры меня СЛУШАЛИ Медсестры могут меня УСПОКОИТЬ Они показывали заинтересованность интонацией своего ГОЛОСА Я мог РАСКАЗАТЬ о своих трудностях	Коммуникация		Коммуникация	Мне не понравилось отношение Когда на меня нападают, я себя не контролирую Они не говорили мне «Здравствуй» или «Доброе утро» Я не оставался наедине с некоторыми персонами Некоторые медсестры холодные Они не обращают на тебя внимания
Мне составили КОМПАНИЮ Они ПРИХОДИЛИ, как только могли Они всегда ОКАЗЫВАЛИ ПОМОЩЬ МНЕ Они знают, как со мной СПРАВИТЬСЯ Они ПРИСУТСТВУЮТ, РЕАГИРУЮТ, УВАЖАЮТ	Присутствие		Присутствие	Они не заглядывали в мою палату

Рис. 2. Тематическое дерево терапевтического альянса с точки зрения пациентов

чимость проксемики в том ее значении, о котором писал Лев Выготский, автор концепции зоны проксимального (ближайшего) развития (ЗБР). Мы выявили два измерения ЗПД во взаимоотношениях между сестрами и пациентами, где сестры стремятся оказать помощь или как минимум подстраховать пациента.

Поэтому мы предлагаем сосредоточиться на Проксимальной зоне ТА (ПЗТА), представленной с помощью рисунка 4.

Эта концепция, которую мы почерпнули в психологии, была принята на вооружение для понимания взаимоотношений между медсестрой и пациентом. ПЗТА может быть активирована только если медработник вовлечен в отношения с пациентом. Такие отношения должны быть:

1. Физически близкими.
2. Медсестра должна быть рядом и показывать свою готовность помочь и доброту (например, интонацией голоса).

3. Медсестра должна слушать. Все эти задачи требуют от медсестры опыта и навыков рефлексии.

Таким образом, ПЗТА зависит от приверженности медработника и не может не иметь связи с его личностными чертами. Некоторые исследователи говорят об искусстве любить и задаются вопросом, почему в сестринском деле такое искусство рассматривается как непрофессионализм.

И я – ВОЛОНТЕР!



Погадаева Светлана

Медицинская сестра ГБУЗ ТО
«Областная больница № 19» г. Тюмень

Тысячи волонтеров со всего мира с 2 по 5 декабря 2018 года собрались в Москве на Международном форуме добровольцев. Форум собрал и юных школьников, и студентов, «серебряных» волонтеров, волонтеров-медиков, поисковиков, волонтеров Победы, и многих-многих других активистов, неравнодушных и бескорыстных людей. Стать участницей форума посчастливилось и мне! Я была среди 8 добровольцев социаль-



ного всеобуча «Гипертония, СТОП!» – команды Тюменской областной профессиональной сестринской ассоциации».

Деловая программа проходила 3–4 декабря на ВДНХ. Здесь шли дискуссии и мастер-классы с участием ве-

дущих экспертов в сфере гражданской активности и добровольчества, сессии по выстраиванию доверительных и долгосрочных отношений с людьми, а также международному сотрудничеству. Спикерами секций стали первый заместитель руководителя админист-

рации президента Сергей Владиленович Кириенко, министр науки и высшего образования Михаил Михайлович Котюков, заместитель председателя Правительства РФ по вопросам социальной политики Татьяна Алексеевна Голикова, министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова, министр просвещения Ольга Юрьевна Васильева, министр иностранных дел Сергей Викторович Лавров, а также артисты, общественные деятели и спортсмены: Валерия, Полина Гагарина, Оксана Федорова, Иосиф Пригожин и другие.

Все мероприятия форума были насыщены и интересны, независимо от направления добровольчества, ведь в основе волонтерского движения лежит старый, как мир, принцип: «хочешь почувствовать себя человеком – помоги другому». И не важно, в какой помощи нуждается человек, животное или природа, – отдавая часть своего времени участию в добровольческой деятельности, становишься лучше.

Форум добровольцев – это концентрация добра, отзывчивости и бескорыстия. Каждый участник форума приехал в Москву не только рассказать о своих проектах и достижениях, но и научиться новому, познакомиться с интересными людьми, возможно сотрудничать.

На протяжении всего форума чувствовалась доброжелательность, открытость, взаимопонимание и, что очень радует, неподдельный интерес к нашему проекту – Социальному всеобучу «Гипертония, СТОП!».

Социальный всеобуч «Гипертония, СТОП!» – победитель в конкурсе Фонда президентских грантов в направлении «Охрана здоровья граждан, пропаганда здорового образа жизни». В рамках этого проекта на территории 5 городов и 22 районов Тюменской области целый год мы осуществляли деятельность по профилактике артериальной гипертонии: проводили профилактические беседы, массовые акции, инструктажи по технике измерения артериального давления, привлекали внимание к проблеме целевых групп населения. Охватить удалось более 100 тысяч человек. Результаты очень радуют: наблюдается снижение инсультов и инфарктов, вызовов бригад скорой медицинской помощи, снизилась смерт-



ность от сердечно-сосудистых заболеваний, увеличилось количество пациентов, поставленных на диспансерный учет.

Наш проект заинтересовал волонтеров-медиков из Калининграда, а также начальника Управления по внеучебной и социальной работе медицинского университета г. Архангельска Корниенко Елену Ревовну. Она готова тиражировать наш проект в рамках волонтерской деятельности среди студентов и тесно сотрудничать с ТРОО «ТОПСА».

Завершился масштабный форум 5 декабря торжественным концертом в Ледовом дворце в Парке Легенд, где были объявлены лауреаты Всероссийского конкурса «Доброволец России 2018» и подведены итоги Года волонтера. О давних традициях добровольчества в нашей стране напомнил и президент РФ Владимир Владимирович Путин. Президент поблагодарил волонтеров за работу и поздравил с Международным днем добровольцев, который отмечается 5 декабря.

На сцене выступили звезды российского шоу-бизнеса и послы Года добровольца в России.

От форума у меня остались только приятные и яркие впечатления – ощущение праздника, подъём патриотизма и прилив сил от энергичных и неравнодушных людей, которые живут с тобой в одной стране и помогают бескорыстно. Чувство защищенности и единства, ощущение, что можешь горы свернуть и с тобой миллионы единомышленников, – это здорово!

Я много узнала нового и полезного, впечатлило выступление Сергея Смирнова – члена Всероссийской общественной организации «Лига здоровья», Петра Любимова – руководителя АНО «Соци-

альный центр «Волонтер» и, конечно же, министра здравоохранения Вероники Игоревны Скворцовой, которая особо подчеркнула весомый вклад волонтеров в профилактику заболеваний и пропаганду ЗОЖ. Вероника Игоревна сообщила, что с 2019 года медицинские вузы будут учитывать при поступлении наличие опыта волонтерства.

Очень радует то, что я могу заниматься добровольчеством во время своей профессиональной деятельности, ведь по сути это и есть моя работа. Вековые традиции милосердия на сегодняшний день воплощаются в основах волонтерства, а мы не должны забывать историю сестринского дела. Все мы, по сути, медицинские сестры – добровольцы, ведь имея такие профессиональные качества, как сопереживание, сострадание, умение выслушать, успокоить, медицинская сестра становится посредником между врачом и пациентом. Уверена, что волонтерство делает медицину более открытой и доступной для людей, повышает доверие пациентов, а также предотвращает профессиональное выгорание. Я обращаюсь к своим коллегам, медицинским сестрам: творите чудеса, дарите людям частичку доброты и станьте добровольцами!

После форума я поставила перед собой цель – создать школьный отряд волонтеров-медиков.

Хочется выразить признательность за предоставленную возможность стать участницей этого грандиозного мероприятия Тюменской ассоциации в лице председателя правления Куликовой Р.М., главной медицинской сестре ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» Девятовой А.А. и инструктору «Гипертония, СТОП!» старшей медицинской сестре Рябовой Н.А.

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

Ежегодно Всемирная организация здравоохранения проводит глобальную кампанию «Спасайте человеческие жизни: соблюдайте чистоту рук».

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

Антисептическое средство «ДЕЗАКТИВ-ГЕЛЬ» содержит в своем составе гиалуроновую кислоту, которая поддерживает естественный водный баланс кожных тканей, упругость и эластичность кожи, снижает проницаемость тканей, в результате обеспечивает красивую молодую кожу.

СОСТАВ

В качестве действующих веществ гель содержит изопропиловый и н-пропиловый спирт, а также функциональные добавки, в том числе смягчающие и увлажняющие компоненты для кожи рук, в том числе гиалуронат натрия (гиалуроновая кислота).

НАЗНАЧЕНИЕ

Гигиеническая обработка рук медицинского персонала, в том числе рук хирургов, в ЛПУ, ЛОПО, др. учреждениях народного хозяйства, быту.

Срок годности средства—3 года.



ПРИМЕНЕНИЕ

Гигиеническая обработка рук: на сухие руки (без предварительного мытья водой и мылом) наносят не менее 3 мл средства и втирают его в кожу до высыхания, но не менее 30 секунд.

Обработка рук хирургов, операционных медицинских сестер, акушерок и других лиц, участвующих в проведении операций, приеме родов: перед применением средства кисти рук и предплечья в течение двух минут моют теплой проточной водой и туалетным мылом (твердым или жидким), а затем высушивают стерильной марлевой салфеткой. Затем на кисти рук наносят 5 мл средства и втирают его в кожу рук течение 2,5 мин, поддерживая руки во влажном состоянии в течение всего времени обработки. Общее время обработки составляет 5 мин.

Обработка кожи операционного поля, локтевых сгибов доноров перед введением катетеров и пункцией суставов: кожу протирают двукратно стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными средством. Время выдержки после окончания обработки—2 мин.

Обработка инъекционного поля: кожу протирают стерильным ватным тампоном, обильно смоченным средством. Время выдержки после окончания обработки—30 с.

МИКРОБИОЛОГИЯ

Обладает антибактериальной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, (включая *Mycobacterium terrae*), вирулицидной активностью (в отношении всех известных вирусов-патогенов человека); фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и дерматофитов. Средство обладает пролонгированным антимикробным действием в течение 5 часов.



РОССИЙСКИЕ ИНСЕКТОАКАРИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА, РАЗРЕШЕННЫЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛПО



Объекты обработки:



ТАРАКАНЫ
КЛОПЫ
БЛОХИ
МУРАВЬИ
МУХИ
ЧЕСОТОЧНЫЕ КЛЕЩИ
ВШИ
КЛЕЩИ КРЫСИНЫЕ
КОЖЕЕДЫ
ЧЕШУЙНИЦЫ
ОСЫ
ШЕРШНИ
МОШКА и др.компоненты гноса
КОМАРЫ
КОМАРЫ-ЗВОНЦЫ
ПАУКИ КАРАКУРТЫ
КЛЕЩИ

Медилис-СУПЕР

Уникальный водный концентрат* эмульсии - фентион

Медилис-ПЕРМИФЕН

Бинарный концентрат - перметрин + фентион

Медилис-МАЛАТИОН

Уникальный водный концентрат* эмульсии - малатион

Медилис-ЦИПЕР

Усиленный концентрат циперметрин

*Водный концентрат эмульсии по свойствам сопоставим с микрокапсулированными препаратами

УЗНАЙ БОЛЬШЕ НА
WWW.MEDILIS.RU

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

ООО "Лаборатория МедиЛИС"